BEITRAG

zu den

PUERPERALPSYCHOSEN.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medicinischen Facultät

der

UNIVERSITÄT BASEL

vorgelegt von

Ernst Siegenthaler

prakt. Arzt in Otelfingen.

Genehmigt auf Antrag des Herrn Prof. Wille.

WIEN.

Im Selbstverlage des Verfassers.

1898.

MEINEN GESCHWISTERN

IN

DANKBARKEIT UND LIEBE

GEWIDMET.

Als Puerperalpsychosen im weiteren Sinne werden gewöhnlich die Graviditäts- und Lactationspsychosen mit den Geistesstörungen, welche bei Wöchnerinnen entstehen, zusammengefasst. Dahin gehören auch die während des Gebäractes auftretenden psychischen Alterationen. Diese kommen wegen ihres transitorischen Charakters selten zu irrenärztlicher Beobachtung, können aber namentlich, sofern sie mit Bewusstlosigkeit einhergehen, unter Umständen eine hohe forensische Bedeutung erhalten. Sie bestehen in pathologischen Affecten, zornwuthartigen oder ängstlichen Aufregungszuständen, in Mania transitoria, oder in heftigen Delirien auf hysterischer, epileptischer, eklamptischer oder infectiöser Basis.

Die Schwangerschaftspsychosen sind ziemlich selten. Ripping[1]) stellte unter 765 puerperalen Geistesstörungen (im Allgemeinen) 16·4 Procent zusammen gegenüber 50·6 Procent Wochenbetts- und 33 Procent Lactationspsychosen. Hoche[2]) fand unter 211 puerperal Alienirten nur 11·38 Procent Störungen in der Gravidität, 46·44 Procent im Wochenbett und 42·18 Procent in der Säugungsperiode. Es sind meist Melancholien und Manien, häufig mit atypischem Charakter, was deren Prognose verschlechtert. Nach Hoche waren von 24 Graviditätspsychosen 54·16 Procent Melancholien, 25 Procent Manien; geheilt nach

durchschnittlicher Dauer von einem halben Jahre 37·5 Procent, hievon fünf vor und vier nach der Geburt; die Erstgebärenden haben weit bessere Aussicht zur Genesung als die Mehrgebärenden. In unsere Anstalt wurden seit 1876 nur drei Schwangerschaftspsychosen aufgenommen, eine leichte und zwei aufgeregte Melancholien, von letzteren wurde eine gebessert, die zwei anderen geheilt entlassen.

Zu den Wochenbettspsychosen werden alle innerhalb sechs Wochen nach einer Geburt, Frühgeburt oder einem Abort entstehenden Geistesstörungen gerechnet. Bei den später ausbrechenden psychischen Störungen wird dem Stillen die Hauptursache beigemessen und dieselben demnach als Lactationspsychosen bezeichnet. Diese Eintheilung erscheint als eine ziemlich willkürliche; denn einerseits kann auch bei den Geistesstörungen im Wochenbett das Säugen ätiologisch mitwirken, andererseits tragen bei den Lactationspsychosen auch andere wichtige Ursachen zur Entstehung bei. Doch haben sich diese Bezeichnungen als Sammelbegriffe bewährt und allgemeine Anerkennung gefunden.

Die Puerperalpsychosen im engeren Sinne bilden nicht nur die häufigste, sondern auch die einheitlichste, bestumschriebene Gruppe; ihr causaler Zusammenhang mit der Fortpflanzungsphase ist ein sicherer, directerer. Sie haben speciell auch eine weit vielfältigere, wissenschaftliche Beachtung erfahren und zu reichhaltiger Literatur Veranlassung gegeben, die bis auf Hippokrates (460 bis 337 a. C.) zurückreicht. Besonders in den letzten Jahren sind über die Geisteskrankheit im Wochenbett mehrere vortreffliche Abhandlungen erschienen. Dieselben stehen aber nicht nur mit den Anschauungen früherer Autoren in vielfachem Widerspruch, sondern weisen auch unter sich wesentliche Differenzen auf. Diese betreffen namentlich die Ursachen der Puerperalpsychosen und die diagnostische Benennung derselben, während in der Schilderung der Krankheitsbilder ziemliche Uebereinstimmung herrscht.

In Bezug auf die Aetiologie machte sich angeblich (Olshausen[3]) eine Divergenz der Psychiater und der Geburtshelfer geltend. Während jene im Allgemeinen der Heredität, Prädisposition und den psychischen Momenten: gemüthliche Erschütterungen, Angst und Furcht vor der Geburt, Gram und Sorge

wegen der Zukunft etc. neben körperlichen Vorgängen der Geburt und des Wochenbettes: Blutverlust, Anstrengung, Schmerz, Gewichtsverlust und besonders der Anämie, dem Inanitionszustande die grösste Bedeutung beilegten, treten nun namentlich Hansen[4]) und Geburtshelfer Olshausen[3]) für die infectiöse und Hallervorden[5]) für die toxische Grundlage ein. In vereinzelten Fällen wurden schon von Burrows, Sinogowitz, Reid, Churchill, Madden, Porporati und Savage Psychose mit gleichzeitiger puerperaler Infection beobachtet. Leidesdorf fand in zwei Fällen eine der Pyämie entsprechende körperliche Krankheit, Holm unter 58 Fällen 13 ernstliche Wochenbettserkrankungen, darunter Entzündungen der Uterusvenen, Leubuscher Fälle von Puerperalpsychose mit Endometritis und Phlebitis; Kiwisch berichtete von vier geisteskranken Wöchnerinnen mit Endocarditis ulcerosa, wovon eine mit ausgeprägten pyämischen Erscheinungen; er hält die Gefässentzündung mit ihren Folgezuständen (Endocarditis u. s. f.) für die am häufigsten vorkommende somatische Störung bei allen Puerperalpsychosen mit raschem Verlauf. Fürstner[6]) hat den Beginn derselben „ziemlich häufig" mit einem fieberhaften Processe zusammenfallen sehen. Campbell Clark[7]) constatirte unter 40 geistig erkrankten Puerperae bei acht Septicämie und bei 10 anderweitige Entzündungen des Uterus und seiner Adnexa; während Schmidt noch 1880 unter 130 hierher gehörenden Fällen nur einen mit somatischer Puerperalaffection anführte.

In der weitaus grössten Procentzahl nahm Hansen 1887 (l. c.) puerperale Infection an, nämlich bei 42 von 49 Fällen und hält die Psychose als durch das infectiöse Leiden herbeigeführt, also für eine Infectionspsychose, da sie bei fast allen wenigstens im Beginn die gleiche Form und immer eine typische Form zeigte. Hansen beobachtete darunter zwei Fälle mit diffuser Peritonitis, sechs mit Endocarditis, drei mit Parametritis, zwei mit Metrophlebitis und einen Fall mit Endocarditis verrucosa.

Auch Kräpelin[8]) anerkennt die Bedeutung der Infection; er schreibt: „Sie (die eigentlichen Puerperalpsychosen) müssen mit den mächtigen Umwälzungen der ersten Tage des Wochenbettes (Ausscheidungen, Gewichtsabnahme), namentlich aber wohl mit infectiösen Erkrankungen der Genitalorgane in Zusammen-

hang gebracht werden." Dann aber fasst er unter der Bezeichnung „schwere infectiöse Erkrankungen" Mastitis, Endocarditis ulcerosa, Parametritis, Perimetritis und ähnliches — zusammen und erwähnt, dass bei diesen die psychische Störung natürlich in der Regel wesentlich den Charakter der Fieberdelirien habe und bald in comatöse Zustände ausgehe, oder dann als Psychose bald genese und selten länger dauere. Dem gegenüber verstehen wir unter „schwerer Puerperalinfection" (nach Lehrbuch der Geburtshilfe von Winckel) nur die eigentlichen Puerperalfieber: Pyämie (Endocarditis ulcerosa inbegriffen), Septicämie und Pyosepticämie, welche Kräpelin gar nicht anführt, und unter „leichter" Puerperalinfection: Endometritis, Metritis, Parametritis, Perimetritis und Mastitis.

Einen werthvollen Beitrag zu dieser Frage brachte Olshausen ([3]) 1891). In zahlreichen Literaturangaben stellt er die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Ansichten darüber dar und betont, dass viele neuere Lehrbücher, besonders der Geburtshilfe den Zusammenhang zwischen Infection und Psychose im Puerperium gar nicht erwähnen. Er fand in zahlreichen Fällen eine infectiöse Erkrankung als Hauptursache bei Wochenbettpsychose. Nach seiner Erfahrung aus der Literatur (Holm, Leubuscher, Kiwisch u. A.) und eigener Beobachtung, sind es in erster Reihe Fälle von puerperaler Pyämie und Fälle von Endocarditis ulcerosa, bei welchen Psychose auftritt, seltener dagegen Fälle von sogenannter Septicämie. Er fordert mit Recht auf zur genauen Unterscheidung der Arten von infectiöser Erkrankung, welche zu psychischer Alteration führen, und zur Ermittelung der anatomischen Grundlage, auf welcher dieselben entstehen. Er empfiehlt sonach die neue Eintheilung in drei Gruppen: I. Infectionspsychosen, II. Idiopatische und III. Intoxicationspsychosen nach Eklampsie oder Urämie ohne Eklampsie.

In reichhaltiger Statistik gibt Hoche[2]) an, dass sich unter 98 Fällen im Wochenbett Alienirter zusammen in 29 Fällen, also in 29·58 Procent mit dem Beginne der Psychose coïncidirende fieberhafte Erkrankung, nämlich Mastitis in acht Fällen, Puerperalfieber, Parametritis, Peritonitis in 16 Fällen, Pneumonie, fieberhafter Magenkatarrh, Dysenterie, Phthisis pulmonum in fünf Fällen fanden. Genauere Angaben über die Art der Puerperal-

fieber und der Peritonitis fehlen gänzlich; nur ist an anderer Stelle noch zu entnehmen, dass drei Fälle von Puerperalfieber und drei Fälle von Peritonitis und Parametritis geheilt, drei Fälle von Puerperalfieber gebessert und sechs Fälle Puerparalfieber gestorben sind.

Scholz[9]) schreibt ausser schweren Blutungen und psychischen Einwirkungen dem „Fieber" (nicht der Infection) massgebenden Einfluss zu.

Ebenfalls in 29 Procent (von 100 Fällen) fand Hoppe[10]) fieberhafte somatische Wochenbettstörungen, nämlich bei den hallucinatorisch Verwirrten zweimal Mastitis, einmal linksseitige Mastitis mit Venenthrombose am linken Bein, einmal Metroperitonitis, zweimal Parametritis, einmal Metritis, Vaginitis, Vulvitis, einmal Abscess der Lab. maj., einmal Coxitis, zweimal Pleuritis, dreimal Schmerzen im Unterleib. Er misst diesen fieberhaften Erkrankungen umsomehr Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Geistesstörung bei, je schwerer sie seien. Zu dieser Angabe stellt er sich dann aber in gewissen Widerspruch und namentlich zum Standpunkte von Olshausen, wenn er die bei schwerer puerperaler Sepsis auftretenden geistigen Störungen von den Wochenbettpsychosen ausschliesst, weil dieselben hier als „symptomatische Begleiterscheinung der das Krankheitsbild beherrschenden puerperalen Infection" aufzufassen seien. Er stützt sich dabei freilich auf Angaben von Griesinger, Fürstner und Kräpelin, welche solche geistige Alteration, bei puerperaler Infection als „Fieberdelirien" betrachteten und gibt doch zu, dass die Differentialdiagnose zwischen Fieberdelirien und wirklicher Psychose häufig schwierig, wenn nicht unmöglich sei.

Ausser den angeführten Krankheiten wurden als Veranlassungsursache von Puerperalpsychose noch beobachtet: Gelenkrheumatismus (Leidesdorf), schwere Dysenterien (Fürstner), Pneumonie, Pleuropneumonie (Schmidt) und Influenza.

Von weiteren ätiologischen Momenten kommen noch Alkoholismus, Osteomalacie und Eklampsie respective Urämie in Betracht. Obwohl den schwachen Wöchnerinnen, namentlich früher, fast überall reichlich alkoholische Getränke zur Stärkung dargereicht wurden, ist doch nur in sehr seltenen Fällen (Legrand du Saulle, Campbell Clark, Hoppe) ein causaler Zusammenhang der Alkohole mit der Psychose angenommen worden.

Das gemeinschaftliche Vorkommen von Osteomalacie mit Geistesstörung im Wochenbett ist ebenso selten. Nach Hoppe sind bisher nur vier solche Fälle beschrieben worden, je zwei von Finkelnburg und Wagner. Es betrifft Mehrgebärende: die Psychose gleichzeitig mit der Osteomalacie einsetzend, hatte den Charakter einer Paranoia chronica hallucinatoria.

Häufiger noch ist Geistesstörung bei Puerperae im Zusammenhang mit Eklampsie beobachtet worden. Hoppe stellte aus der Literatur 28 Fälle zusammen (von diesen wurde nur bei vier Albuminurie und nur bei zwei Oedem als vorhanden angegeben). Es handelte sich meist um schwere mit Hallucinationen einhergehende Verwirrtheits- und Tobsuchtszustände (acute hallucinatorische Verwirrtheit), welche nach ein bis vier Wochen letal oder in Genesung ausgingen.

Olshausen fand auf insgesammt 515 Fällen von Eklampsie 31 mit Psychose, d. i. 6 Procent; unter 200 Eklamptischen der Frauenklinik (Berlin) waren elf psychotisch. Nach seinen Beobachtungen treten diese Geistesstörungen gewöhnlich am zweiten bis vierten Tage nach der Geburt auf, constant mit Hallucinationen, meist einen Tag nach dem Erwachen aus dem Coma, verlaufen rasch, meist fieberlos, erstrecken sich selten über mehrere Monate; ihr Ausgang ist meist günstig. Es sind Intoxicationspsychosen mit urämischer Veränderung des Blutes, conform den auch sonst bei Nierenerkrankungen beobachteten Psychosen.

Noch viel weniger aufgeklärt als die Aetiologie ist die Pathogenese der Wochenbettpsychosen. v. Krafft-Ebing[11]) hält sie für „dunkel". Wohl stellte Leidesdorf (1872) eine dritte Gruppe von Puerperalpsychosen auf, bei denen es sich um eine Blutintocixation handle, aber er vermochte das Wesen derselben nicht überzeugend darzuthun. Ripping (l. c. 1877) fand namentlich bei Fällen von Manie anatomische Entzündungserscheinungen der Meningen, Hyperämie, Trübung. Verdickung, Verwachsung, Zellenhäufung, aber keine wesentlichen pathologischen Veränderungen der Genitalorgane.

Nach Campbell Clark (l. c. 1887) handelt es sich vorwiegend um eine toxische Schädlichkeit, eine Blutvergiftung, welche zu Stande komme durch Verminderung oder Hemmung der Ausscheidungen (in 80 Procent der Fälle habe Verstopfung

bestanden), durch septische Resorption, durch zymotische Infection und durch Alkoholexcesse. Erst in zweiter Linie komme Anämie in Betracht; häufig wirken beide zusammen.

Die grösste Mehrzahl der Autoren schrieb der Anämie und Inanition fast ausschliesslich pathogenetische Bedeutung zu. So unterscheidet auch Kräpelin[12]) eine zweite Gruppe von Psychosen nach Influenza, welche mehr Aehnlichkeit zeige mit den nach Pneumonie und acuten Exanthemen, sowie im Puerperium auftretenden Geistesstörungen; es seien Erschöpfungszustände; ähnlich Normann[13]), Schönthal[14]) und verschiedene Andere. Auch Kirn[15]) stellt die Psychosen im Puerperium als asthenische in Analogie mit den acuten Erschöpfungsstörungen nach Influenza.

Olshausen nimmt als anatomische Ursache der Psychose bei der pyämischen Form des Puerperalfiebers meningitische und encephalitische Processe, besonders aber capilläre Embolien an.

Hoche (l. c.) weist auch der Anämie die Hauptschuld zu; diese sei besonders gross, wo es zu einer septischen Infection, zu einer Toxicämie durch „septic absorption" gekommen sei!?

Mit der Annahme, dass Puerperalinfection Ursache von Psychose sein kann, hellt sich doch wenigstens für diese Fälle das „Dunkel" der Pathogenese etwas auf. Denn es liegt nahe, dass bei diesen der causale Zusammenhang zwischen Infection und Geistesstörung ein ähnlicher sei wie bei anderen Infectionskrankheiten. In vortrefflicher Abhandlung: „Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten,"[16]) deren Resultate auch v. Krafft-Ebing (l. c. p. 186) wiedergibt und billigt, hat Kräpelin dargethan, dass ausser Anämie und Inanition, neben Herzschwäche und Säfteverlust auch noch die chemisch und wohl auch geweblich verändernde Wirkung der infectiösen Stoffe und der Zerfallsproducte des Stoffwechsels im Gehirn beachtet werden müssen. „Die in der Akme sich entwickelnden Psychosen dürften mit dem geweblichen Zerfall, den schweren Circulationsstörungen (Thrombosen, Pigmentembolien), den capillären Hämorrhagien in Folge acuter Degeneration der Gefässwände, sowie mit bis zur Entzündung sich erstreckenden parenchymatösen Reizvorgängen zusammenhängen. Für die im Stadium decrementi ent-

stehenden Psychosen sind erschwerte und verlangsamte Ausgleichungen der Ernährungsstörung, der Circulation des Gehirns, erschwerte Entlastung desselben von Zerfallsproducten, durch den Fieberprocess angefachte und fortbestehende pathologisch anatomische Processe, endlich gestörte Ernährung des Gehirns durch gewebliche Veränderungen und Complicationen in vegetativen Organen heranzuziehen".

Zu ähnlichem Resultate gelangte Kirn in seiner zusammenfassenden Bearbeitung der „nervösen und psychischen Störungen nach Influenza"[17]). Dieselben seien in erster Linie auf das Toxin der Influenza zurückzuführen. „Für die im febrilen Stadium entstandenen Erscheinungen dürfte wohl das Fieber mitgewirkt haben; für die im Nachstadium hervorgetretenen Störungen hat in der überwiegenden Anzahl der Fälle angeborene oder erworbene Veranlassung oder acute Störung des Stoffwechsels günstigen Boden für das Keimen der nervösen oder cerebralen Erkrankung abgegeben."

Eifriger Anhänger der Toxicationslehre, nach welcher den Stoffwechselproducten, welche durch die Bacterien im menschlichen Organismus erzeugt werden, mehr deletäre Wirkung beizulegen ist, als den Mikroorganismen, indem angenommen wird, dass jene Toxine, meist Leucomaïne und Ptomaïne, sich im Lymph- und Blustrom verbreiten und je nach moleculärer Attraction und localer Disposition bestimmte Stellen in Angriff nehmen, ist Korsakow[18]). Er spricht von einer „Toxämie" und „Cerebropathia psychica toxaemica" und macht neben Tuberkulose, Luës, Malaria, besonders Typhus und Puerperalfieber (Pyämie und Septicämie) verantwortlich. Ihr toxischer Einfluss mache sich nicht nur auf das Gehirn, sondern auch auf die peripheren Nerven geltend. So trete eine charakteristische Psychose unter dem Bilde der Verwirrtheit mit der multiplen Neuritis combinirt auf; letztere sei bisweilen so schwach ausgeprägt, dass die Krankheit sich fast ausschliesslich in psychischen Symptomen bemerkbar mache. Aehnlich äussern sich Leyden, Rosenheim, Rosenbach.

Wagner[19]) bringt die postfebrilen Psychosen in Analogie zu den postfebrilen Lähmungen, speciell den diphtheritischen (desgleichen Kirn). Diese konnten bei Thieren durch das aus Culturen von Diphtheriebacillen gewonnene Gift in ganz

ähnlicher Weise künstlich erzeugt werden (Roux, Yersin, Brieger, Fränkel). Danach erscheine es wahrscheinlich, dass auch die infectiösen Neuritiden in letzter Linie eigentlich toxisch seien, und wie die postfebrilen Lähmungen könnten auch die postfebrilen Psychosen auf der Wirkung von Giften beruhen.

Diese toxischen Stoffe brauchen nicht immer Producte der Bacterien zu sein; sie können z. B. auch aus regressiver Metamorphose eines Fibroms, bei Obstipation, Diabetes mellitus, Glycosurie, Icterus entstehen. Vermehrung der Ptomaïne komme zu Stande durch Krankheiten der Nieren und Leber, der Glandula thyreoidea, Hypophysis cerebri, weil dadurch die Ausscheidung und Neutralisirung der Toxine vermindert werde. Daraus entstehen die Autointoxicationen.

Die Annahme einer toxischen Wirkung bei vielen Infectionspsychosen wird unterstützt durch die Thatsache, dass von Aussen eindringende Gifte ähnliche Krankheitsbilder herbeiführen, wie z. B. Alkohol, Atropin, Haschisch, Cocaïn, Jodoform, Secale coruntum und Blei.

Um weitere Erforschung der Pathogenese der puerperalen Psychosen und Nervenkrankheiten machte sich in jüngster Zeit besonders Hallervorden[5]) verdient. Er anerkennt die puerperale Infection als Ursache von Psychosen im Wochenbett, schränkt aber deren Bedeutung und Häufigkeit namentlich gegenüber Hansen ein. Auf 105 Fälle von puerperalen Geistesstörungen rechnet er nur 27·8 Procent mit febrilen, d. i. infectiösem Ursprung. Bei 25 Fällen (23·8 Procent) liess sich gar keine andere Ursache erkennen als das Puerperium; das beweise die Existenz specifisch puerperaler Ursachen. Diese bestehen 1. in nervöser cerebraler Veränderung (seelische Rückwirkungen nervöse Labilität, Gemüthserregung, hiedurch Temperatursteigerung möglich bis 39 Grad; in Folge dessen veränderte Druck-, Zersetzungs- und Resorptionsverhältnisse, daraus selbst Autoinfection möglich und sogar „schweres Puerperalfieber"!); 2. in Stoffwechselproducten, welche als Nervengift bald febrile bald afebrile Schädigungen des Nervensystems hervorrufen können. Die Oxydation werde vermindert, es entstehen Säuren und Alkaloïde, und dadurch Autointoxicationen. Die NH_3-Ausscheidnng sei erhöht sowohl bei fieberhaften infectiösen als auch bei nichtfebrilen infectiösen und nichtfebrilen nichtinfec-

tiösen Nervenvergiftungen. N H3 sei Giftindicator für Nervenkrankheiten, bei Leberleiden und Diabetes, die β-Oxybuttersäure bei Diabetes (Minkowski), die Carbaminsäure bei der puerperalen Eklampsie (Halm und Nencki), bei dieser auch N H3-Vermehrung (Hallervorden) und giftige Leucomaïne (Massin-Pöhl).

Da von den typisch-toxischen Psychosen (Delirien, Amentia, Fieberpsychose) infectiösen Ursprunges eine untrennbare fliessende Reihe Uebergangsformen hinüberführe zu den Krankheitsformen Melancholie, Manie und Wahnsinn, kommt Hallervorden zum Schlusse, dass auch Manie, Melancholie und Wahnsinn zunächst aus den toxischen Einflüssen des Puerperiums als Ptomaïn- oder Leucomaïnpsychosen entstehen können, desgleichen aber auch unter ähnlichen toxischen Bedingungen ausserpuerperal.

Auch in der Benennung der Geistesstörungen im Wochenbett herrscht noch keine Uebereinstimmung, wie ja überhaupt die Eintheilung der Psychosen im Allgemeinen noch keine einheitliche ist. Während man früher für das Puerperium specifische Krankheitsbilder aufstellte, nahm man später und in neuerer Zeit meist an, dass alle diese Krankheitsformen auch bei Nichtpuerperalen auftreten. Gegen Ende des letzten Jahrhunderts wurden die beiden Formen Mania et Melancholia puerperarum unterschieden. In der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts prävalirt die Bezeichnung Mania puerperalis derart, dass auch die übrigen Irreseinsformen, auch die Melancholie, ja selbst diejenigen der Schwangerschaft in die Puerperalmanie eingereiht wurden. Erst in den Siebzigerjahren kam die Melancholie wieder mehr zur Geltung; Ripping beobachtete sie (auch unter den Puerperalpsychosen im engeren Sinne) sogar häufiger als die Manie. Andere (Marcé, Fürstner, Holm) dagegen fanden eine grössere Zahl für Manie. Neben diesen einfachen Formen stellte Ripping vier weitere Gruppen von combinirten Formen auf. Mehr Anklang aber fand späterhin die Bezeichnung nach Fürstner „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen": Seine Schilderung dieser Krankheitsform stimmte überein mit derjenigen, für welche bald darauf die Bezeichnung „Verwirrtheit" gegeben wurde, deren Lehre besonders Meynert,[20] Fritsch und Wille[21]) abgeklärt haben. Für ähnliche Krankheitsbilder tauchten in rascher Folge noch

andere Benennungen auf, nämlich: Acute primäre Verrücktheit (Westphal), acutes asthenisches Delirium (Mayser), Delirium acutum (Kräpelin), Mania hallucinatoria (Mendel), hallucinatorischer Wahnsinn (Meynert). Auch unter den Anhängern der „Verwirrtheit" blieben die Meinungen getheilt; die Einen zogen die einfache Bezeichnung „Verwirrtheit" oder „acute Verwirrtheit" vor (Meynert, Wille), Andere „hallucinatorische Verwirrtheit" (Sommer[22]) und noch Andere „acute hallucinatorische Verwirrtheit" (Hansen, Hoppe). Die Uneinigkeit besteht fort; im Ganzen hat aber doch wohl die „Verwirrtheit" mit verschiedenen Unterarten am meisten Zustimmung erfahren. Es ist hier nicht Aufgabe, die Differenzen in der Diagnostik genauer darzustellen und einer Kritik zu unterwerfen; ich verweise auf die zahlreichen bezüglichen Abhandlungen. In der Gruppirung unserer Fälle folge ich hauptsächlich den Grundsätzen, die Wille in der „Lehre von der Verwirrtheit" aufgestellt hat.

Diese Angaben aus der Literatur mögen genügen, um zu zeigen, wie die massgebenden Anschauungen über die Aetiologie, Pathogenese und Diagnostik der Puerperalpsychosen und besonders über die Bedeutung der puerperalen Infectionskrankheiten bei Entstehung derselben auseinanderweichen.

Doch sind wir schon durch das Studium der neueren Literatur zu der Ansicht gekommen — wir werden später sehen, dass die Beobachtungen unserer Fälle uns darin bestärken — dass eine Infectionskrankheit des Genitalapparates im Puerperium eine Hauptursache zur Entwickelung einer Geistesstörung sein kann. Es sind namentlich von Hansen und Olshausen Fälle beschrieben worden, bei denen die Psychose der Wöchnerin zweifellos mit einem fieberhaften infectiösen Leiden in causalem Zusammenhang steht. Die Aufstellung einer Gruppe von Infectionspsychosen innerhalb der Wochenbettspsychosen hat demnach volle Berechtigung.

Die Frage, welche Art von infectiöser puerperaler Erkrankung am häufigsten zu Geistesstörung führe, ist noch offen. Nach Olshausen ist es in erster Linie die Pyämie, dann die Septicämie; von Psychiatern aber wurden bisher die psychotischen Erscheinungen derselben als Fieberdelirien von den Puerperalpsychosen vielfach ausgeschlossen. Dieser grosse Widerspruch der Meinungen beruht wesentlich auf verschiedenartiger

Auffassung der Bezeichnungen „Pyämie", „Septicämie", „Puerperalfieber" und „Fieberdelirien". Einerseits war der Begriff „Puerperalfieber" zu eng, indem vielfach nur die schwersten Fälle von Pyämie und Septicämie mit furibundem Verlauf und letalem Ausgange dazu gerechnet wurden; bei diesen überwiegen allerdings die somatischen Krankheitserscheinungen sehr über die psychischen und wurden als Fieberdelirien nicht zu den eigentlichen Psychosen gezählt. Die neuere Zeit aber lehrt, dass es auch Fälle von Puerperalfieber in einem weiteren Sinne, Pyämien und Septicämien gibt, welche langsamer, chronisch verlaufen und genesen können, wo dann die psychotischen Symptome in den Vordergrund treten und zweifellose Psychosen entstehen. Diese zwei Gruppen, die acuten und chronischen Formen von Puerperalfieber, gehören aber in ihrem Wesen zusammen und bilden nur verschiedene Grade derselben pathologischen Processe.

Andererseits ist, um zu einiger Uebereinstimmung zu gelangen, der Begriff „Fieberdelirien" einzuschränken derart, dass nur die leichteren psychischen Fiebererscheinungen, welche, kurz gesagt, mit dem Fieber stehen und fallen, damit bezeichnet werden; diese gelangen auch gewöhnlich nicht in die Irrenanstalt, haben praktisch (für die Psychiater) weniger Interesse und sind, obwohl nahe verwandt, von den Puerperalpsychosen getrennt, neben diese zu stellen; eine Grenze muss schliesslich trotz zahlreicher Uebergangsformen doch gezogen werden. Die schwereren, tiefgehenderen febrilen psychischen Störungen auch bei schweren, letal verlaufenden Puerperalfiebern aber sind nicht bloss Fieberdelirien zu nennen, und nicht zu diesen, sondern zu den Psychosen zu zählen, häufig als transitorische Psychosen. (Siehe unsere Fälle 5, 6 und 7.) Die psychische Alteration ist bei diesen Kranken so hochgradig, dass sie, wo irgend möglich, schnellen Transport in eine Irrenanstalt nöthig macht.

Mit unserer Auffassung über die „Fieberdelirien" stimmt auch Kirn überein; er schreibt (l. c.): „Diese febrilen Delirien hat man früher als vorübergehende und nur elementäre Störungen von den Psychosen sensu strictiori, bei welchen man eine längere Dauer und complicirtere Störung voraussetzte, als eigenartige Krankheitszustände vollkommen abgetrennt. Wenn nun auch eine derartige Abtrennung aus prak-

tischen Gründen zum Behufe der Unterscheidung gewiss eine Berechtigung hat, so gehören doch beide Zustände genetisch zusammen; sie stellen eigentlich nur verschiedene Grade der gleichen pathologischen Aeusserung dar. Die Fieberdelirien sind somit thatsächlich nichts anderes als acute transitorische Psychosen. Diese Zusammengehörigkeit erhellt auch daraus, dass man gerade bei der Influenza in allmähligem Uebergange alle Zwischenstufen von diesen Delirien bis zu denjenigen Zuständen beobachten kann, welche der gewöhnliche Sprachgebrauch als Psychosen anerkennt." Bei den Puerperalfiebern sind diese Zwischenstufen kaum weniger mannigfaltig.

Werden nun auch die Seelenstörungen bei Pyämie und Septicämie zu den eigentlichen Psychosen gezählt, so liegt der Annahme wohl nichts im Wege, dass bei ihnen der Einfluss der Infection auf Entstehung der Psychose wohl am stärksten ist. Doch können auch die leichteren infectiösen Erkrankungen den Ausbruch einer Geistesstörung im Wochenbett herbeiführen. (Hansen, Hoppe, Olshausen u. A.) Ihr Einfluss wird hier je nach eigener Intensität grösser oder kleiner sein; es werden bei diesen leichteren puerperalen Erkrankungen häufiger und mehr andere Ursachen: psychische Momente, Anämie etc., mitwirken als bei den Fällen mit schwerer Infection. Wie bei diesen letzteren wird auch bei den anderen mit „leichter" Infection die Wirkung sich geltend machen durch Aufnahme schädlicher giftiger Stoffe im Blute, die, wenn auch langsamer oder spärlicher zum Hirn gelangend, dieses afficiren; oder die Beeinflussung findet derart statt, dass diese leichteren infectiösen Erkrankungen den ganzen Organismus noch mehr schwächen und erschöpfen und somit durch Vermehrung der Anämie, Asthenie und Veränderung des Stoffwechsels die psychische Alteration veranlassen.

Die Nothwendigkeit, bei geisteskranken Wöchnerinnen auch auf die leichteren und überhaupt alle Zeichen von infectiöser Genitalerkrankung sehr zu achten, ergibt sich ferner aus folgenden Umständen. Die „leichteren" oder „einfachen" Entzündungen gehen leicht und nicht selten in schwere Formen über (Winckel); unter dem Bilde einer leichten Infection kann eine schwere Form versteckt sein; so meldet Olshausen einen Fall, welcher im Leben nur Fieber bot und doch bei der Obduction als eine zweifellose Septicopyämie sich feststellen liess.

Das erklärt, dass solche schwere Befunde leicht übersehen werden können und wohl oft nicht erkannt worden sind und somit der Einfluss der Infection auf die Psychose unterschätzt worden ist. Diese Unterschätzung tritt noch mehr zu Tage, wenn man bedenkt, welche Schwierigkeiten einem sicheren Nachweis von Infection bei irrsinnigen Puerperae überhaupt im Wege stehen; denn solche Frauen befinden sich bei der Aufnahme in eine Anstalt, im ersten Stadium der Psychose, meistens in einem Zustande hochgradigster Erregung, welcher eine correcte Untersuchung auf Infection häufig unmöglich macht. Wegen der Unruhe ist eine innere Palpation kaum ohne Nachtheil auszuführen; die subjectiven Angaben über schmerzhafte Stellen sind ganz unzuverlässig; die Temperatur ist nicht immer regelrecht und genau festzustellen. Und wenn auch geringes Fieber constatirt werden kann, ist eine Infection noch nicht zweifellos vorhanden; denn die Temperatursteigerung wie auch die Pulsbeschleunigung kann durch nervöse Einflüsse (Erregung) bedingt sein. Auch ist die Fiebergrenze bei Wöchnerinnen nicht endgiltig bestimmt; während Ahlfeld u. A. als normale Wochenbetten diejenigen bezeichnen, in welchen bis zum Ablauf des siebenten Tages die höchste Morgentemperatur 38 Grad beträgt, setzt Winckel den Grenzpunkt auf 38·2 Grad fest. Nach Glöckner[23]) und Winter[24]) kann die Temperatur bei der Geburt wegen übermässiger Thätigkeit des Uterus oder wegen abnormer Widerstände oder nervöser Einflüsse auch über 38 Grad, ja bei engem Becken bis auf 39 Grad und darüber steigen ohne Infection, fällt dann freilich rasch, wenn keine anderen Ursachen mitwirken.

Es mag hier am Platze sein, darauf hinzuweisen, dass die Puerperalfieberfrage überhaupt noch nicht gelöst ist, nach Ahlfeld[25]) wegen Widerspruch der bacteriologischen mit den klinisch-statistischen Resultaten. Erstere ergeben: Alle Frauen bergen in der Scheide und wahrscheinlich auch im Uterus Mikroorganismen, welche zur Entstehung von Puerperalfiebern führen können; ihre Virulenz ist während der Schwangerschaft gering, wird jedoch wahrscheinlich durch die Geburtsvorgänge erhöht. Die Bedingungen für Entstehung von Fiebern geringer Art, sind bei allen Frauen (auch ohne geburtshilfliche Untersuchung) vorhanden. Gefährliche Erkrankungen können sich da

herausbilden, wo pathogene Bacterien vorhanden sind. Dem gegenüber lehrt die klinische Erfahrung, dass in gut geleiteten Anstalten die Zahl der Infectionsfälle gering ist; die zahlreichen kleinen Fiebersteigerungen beruhen auf Selbstinfection intra partum und in puerperio.

Von bacteriologischen Ergebnissen sind hier erwähnenswerth die Angaben (L. Heim[26]), dass man bei Wochenbettfiebern besonders häufig Kettencoccen, weniger oft Traubencoccen, Kolibacillen und Gonococcen begegnet; ferner dass Septicämien in erster Linie durch Streptococcen bedingt sind. Eine Unterscheidung zwischen Pyämie und Septicämie sei durch bacteriologische Untersuchung intra vitam nicht möglich, denn beide können durch die verschiedenartigsten Krankheitserreger bedingt sein.

Es erscheint demnach erstrebenswerth, je nach der Art der Bacteriämie und Toxämie das klinische Bild zu bestimmen und in Einklang zu bringen; so würde man an Stelle der wenig präcisen Begriffe „Pyämie" und „Septicämie" genauer begrenzte, klarere Krankheitsbegriffe aufstellen und weit mehr Einblick in die Pathogenese der puerperalen Infectionen und Psychosen erreichen können.

Durch Bumm ist mit Bestätigung von C. Hägler[27]) der erste Fall von wirklicher puerperaler Diphtherie nachgewiesen worden.

Wir gelangen nun zur Verarbeitung und Zusammenstellung unseres Materiales. Es sei mir hier gestattet, meinem früheren hochverehrten Vorgesetzten, Herrn Professor Wille, für Ueberlassung desselben und Anleitung zu dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszudrücken.

Von den 27 Fällen von eigentlichen Puerperalpsychosen, die in der Basler Irrenanstalt zur Aufnahme gelangten, konnte ich fünf persönlich beobachten; die Krankengeschichten auch der übrigen sind durchwegs sorgfältig geführt und stets unter derselben Leitung der Anstalt.

Die Eintritte vertheilen sich ziemlich gleichmässig auf einen Zeitraum von 30 Jahren; auf ein Jahr entfallen im Maximum drei Aufnahmen. In ganz verschiedener Zahl sind die Monate daran betheiligt; so erkrankten im März 7 = 25·9 Procent, im April 4, im Mai 3, Juni 1, Juli und August keine

September 1, October 3, November 1, December 1, Januar 4 und Februar 1. Demnach würden die Frühlingsmonate (III bis V) die Entstehung der Wochenbettpsychosen begünstigen, wie auch für alle Geistesstörungen zusammen angegeben wird, dass im Frühjahre am meisten Aufnahmen stattfinden (z. B. im ärztlichen Bericht der Irrenabtheilung des Bürgerspitales Basel 1885).

Es standen im Alter von	21	bis	25	Jahren	7	3. Decennium 11
„	26	„	30	„	4	
„	31	„	35	„	9	4. Decennium 13
„	36	„	40	„	4	
„	über		40	„	3	Kranke

Hereditär belastet waren 11 = 40·7 Procent, nach Hoche 32·65 Procent.

Erworbene Veranlagung fand sich ohne Heredität bei 10, mit Heredität bei 7;

also zusammen bei 17 Frauen = 62·9 Procent;

bei vier Fällen weder ererbte noch erworbene Disposition, bei einem Falle fehlen bezügliche Angaben; er gehört wahrscheinlich zu diesen letzteren.

Schwangerschaftsstörungen kamen vor bei zehn Fällen, nämlich bei Fall 18 zwei Genitalblutungen, die erste in Folge eines leichteren Sturzes, die zweite in Folge eines Schreckens; bei drei Fällen hochgradiges Erbrechen, bei Fall 8 Metritis, bei Fall 9 Diarrhoen, bei Fall 7 schmerzhaftes Ulcus am Hals; bei Fall 10 Schwäche und Schlaflosigkeit in Folge mangelhafter Pflege; bei Fall 17 Phthisis pulmonum, bei Fall 26 krankhafte Erregungen.

Eine schwere Geburt ging der Psychose direct voraus bei 11 Kranken; wir finden bemerkt bei

Fall 1: lange Dauer und Geburt in Chloroformnarkose;

Fall 2: lange Dauer und etwas zu früh;

Fall 6: Geburt spontan, aber künstliche Placentalösung und starker Blutverlust;

Fall 7: lange Dauer, starker Blutverlust, Placentalösung durch die Hebamme in zwei Stücken;

Fall 11: blutige Operation an der Vagina ohne besonderen Blutverlust;

Fall 15: wegen Fusslage Wendung mit erheblichem Blutverlust;

Fall 16: Dammriss, Naht desselben mehrmals von der Kranken aufgerissen;

Fall 18: Lösung der Placenta durch die Hebamme, Dammriss;

Fall 20: Zangengeburt bei rhachitischem Becken in Chloroformnarkose, ziemlich starker Blutverlust;

Fall 22: Künstliche Frühgeburt wegen Erbrechen;

Fall 27: Zangengeburt.

Unter diesen elf Fällen mit schwerer Geburt erlitten vier erheblichen Blutverlust, ferner noch von den übrigen 3 (Fälle 3, 21 und 24).

Geburtsstörungen gingen früher voraus bei sechs Frauen, bei Fall 2, V p., waren alle Geburten schwer und gefolgt von kurzem Anfall von Geistesstörung; bei Fall 11, III p., erfolgte die erste Geburt schwer mit Dammverletzung und bei der dritten Geburt trat völliger Dammriss ein mit Prolapsus uteri· bei Fall 20, II p., war die erste auch eine Zangengeburt; bei Fall 24, VIII p., trat bei der vierten Geburt ein Krampfanfall auf ohne Bewusstseinsverlust; sie litt mehrmals an Mastitis im Wochenbett; bei Fall 26, III p., war bei der ersten Geburt Hilfe mit einer Zange nöthig. Drei von diesen sechs Fällen (2, 11, 20) hatten auch schwere Geburt unmittelbar vor Ausbruch der Psychose.

Abort kam vor bei Fall 8, drei Jahre vor der letzten Geburt mit folgender langdauernder Metritis; bei Fall 22 musste zweimal künstlicher Abort eingeleitet werden wegen unstillbaren Erbrechens.

Gestorben ist das Kind bei der letzten Geburt in fünf Fällen (1, 2, 8, 15, 20) und bei Fall 17 fünf Tage post partum.

Schnell aufeinander folgten die Geburten bei fünf Kranken: Fall 10 hatte acht Geburten in elf Jahren, Fall 18 sieben Geburten in zwölf Jahren, Fall 23 neun Geburten in 16 Jahren, Fall 24 acht Geburten in zwölf Jahren, Fall 25 16 Geburten in 18 Jahren.

Erstgebärende sind 10 = 37 Procent (Hoppe 42 Procent, Hoche 29·59 Procent), Zweitgebärende 7, III p. 3, V p. 2, Multiparae (6 bis 16 Geburten) fünf.

Verdauungsstörungen wies Campbell Clark in ausserordentlich hoher Zahl seiner Fälle, nämlich in 80 Procent nach

bei allen in Form von Obstipation und er schreibt dieser als Quelle von Vergiftung hohe ätiologische Bedeutung zu. Wir finden nur bei vier Krankengeschichten, dem Irresein vorausgehend, Verstopfung erwähnt (Fälle 2, 7, 20, 27); bei allen tritt diese neben der puerperalen Infection als Ursache in den Hintergrund; dagegen ist bei Fall 14 ein causaler Zusammenhang zwischen einer acuten Functionsstörung der Verdauungsorgane und der Psychose nicht von der Hand zu weisen, weil sonst gar keine Anhaltspunkte für eine andere Ursache zu eruiren sind.

Eine 22jährige, gesunde, nicht belastete Frau, I p., erkrankte nach normalem Verlaufe von Geburt und Wochenbett in der folgenden Nacht nach dem Taufessen (vier Wochen post partum), an welchem sie, wie hervorgehoben wurde, zu viel gegessen habe, an acuter Verwirrtheit; dabei waren die körperlichen Beschwerden gering und schnell vorübergehend. Oder bestand eine verborgene puerperale Infection, weil die Ovariengegenden druckempfindlich waren? Da sonst jegliche Zeichen für eine Genitalaffection fehlten, ist die Annahme einer solchen nicht wohl zulässig.

Wie oft Anämie und Inanition ätiologisch zu beschuldigen sind, ist nicht genau zu ermitteln; denn wenn solche auch bei der Aufnahme in die Anstalt constatirt wurden, können sie theilweise auch schon Folge der Psychose gewesen sein. Die Mehrzahl verweigerte im Beginne der geistigen Störung die Nahrung. Von Inanition vor der Erkrankung kann gesprochen werden bei den Fällen 2, 7, 15, 20, 23, 24, also zusammen nur sechs: bei fünf davon war puerperale Infection nachweisbar und auch der sechste (Fall 15) mit Fieber bis 38·3 Grad, Eiweissspuren im Urin und aufgetriebenem Leib war nicht zweifellos frei von Infection. Eine siebente Kranke (Fall 17) hatte schlechten Ernährungszustand in Folge von Lungentuberkulose; die Erschöpfung kann auch hier nicht als Hauptursache bezeichnet werden; dagegen ist sie in mehreren Fällen wirksam, indem sie das Zustandekommen von infectiöser Erkrankung sehr begünstigt. Sobald aber eine solche vorhanden ist, kann nicht mehr reine „Erschöpfungspsychose" angenommen werden.

Bei der Aufnahme befanden sich 13 Frauen in anämischem, körperlich ziemlich elendem Zustande (ausser den vorigen noch

die Fälle 1, 3, 4, 8, 9, 10, 14); bei diesen lauten aber die Angaben dahin, dass der körperliche Zerfall erst nach Ausbruch der Psychose in höherem Masse eingetreten sei.

Bei weiteren sieben Frauen (Fälle 5, 6, 18, 21, 22, 25, 27) war der Ernährungszustand auch beim Eintritt in die Anstalt noch ein ordentlicher.

Wenn auch die Angaben hierüber nicht überall genau sind (wie bei den übrigen), so erhalten wir aus dieser Untersuchung entschieden den Eindruck, dass die Inanition durchaus nicht jene grosse Rolle spielt, wie sie ihr früher beigemessen worden ist.

Bei 13 Aufgenommenen wirkten psychische Momente als Ursache in hohem Grade mit, nämlich bei

Fall 1: Tod des Kindes;

Fall 2: häufiges Erschrecken wegen Lärm und Streit im Hause während der ersten Woche des Puerperiums bis zum Eintritt der Psychose, Tod des Kindes;

Fall 5: viel Kummer und Angst wegen unehelicher Schwangerschaft;

Fall 9: unglückliche Heirat;

Fall 10: viel Kummer und Verdruss, Conflict mit dem Manne besonders im Wochenbett;

Fall 11: unangenehme Vorkommnisse mit einem geisteskranken Bruder vor und nach der Geburt, Wohnungswechsel drei Wochen vor der Geburt;

Fall 12: ökonomische Sorgen (mässigen Grades);

Fall 15: Aerger und Verdruss mit Dienstboten vor der Geburt, Tod des Kindes;

Fall 16: Kummer und Angst wegen unehelicher Schwangerschaft;

Fall 21: durch nervenkranke Mutter viel aufgeregt;

Fall 22: durch Geldverlust ihres Mannes gegen Ende der Schwangerschaft sehr mitgenommen;

Fall 24: grosse Noth, viel Kummer;

Fall 26: Nahrungssorgen, Ueberanstrengungen, Todesfälle in der Familie.

Alkoholmissbrauch ist in keinem unserer Fälle nachzuweisen. Fall 2 erhielt zwar vor und im Beginne der geistigen Störung ziemlich grosse Dosen Bordeauxwein, Champagner und

Cognac; doch ist hier die bestehende Pyämie als Hauptursache für die Erkrankung des Nervensystems anzusehen. Eine andere Wöchnerin (Fall 7) bestreitet die Angabe des Mannes, in der Gravidität und im Wochenbett viel Schnaps zu sich genommen zu haben; auch bei ihr lag schwere puerperale Infection vor, wie die Section bestätigte (Endometritis und Pelveoperitonitis).

Osteomalacie kam bei keiner Kranken zum Vorschein, Eklampsie und Urämie in typischer Form ebenfalls nicht; zwar wurde in elf Fällen Eiweiss im Urin nachgewiesen und zudem noch in zwei anderen Spuren desselben, aber bei allen bestand zugleich puerperale Infection, welche auch die Albuminurie herbeigeführt haben wird, ausgenommen bei Fall 3. Bei dieser kann der Einfluss einer nephritischen Erkrankung auf die Geistesstörung nicht ausgeschlossen werden. Die Albuminurie war mehrmals eine ziemlich hochgradige (in der Krankengeschichte durch eine Curve graphisch dargestellt). Andere Ursachen für die cerebrale Alteration liessen sich nicht feststellen. Freilich war die 25jährige Zweitgebärende stark erblich belastet und hatte bei der Geburt ziemlich viel Blut verloren; doch bestand vor Ausbruch der Störung keine Inanition, dagegen bei der Aufnahme (vier Tage nachher) mässige Anämie. Die Temperatur stieg einmal auf 38·3 Grad, sonst wurde kein Zeichen eines infectiösen Leidens beobachtet. Die Kranke hatte auch vor Eintritt in die Anstalt zwei Anfälle; während der erstere mehr als psychomotorische Erregung sich äusserte, hatte der zweite Aehnlichkeit mit einem urämischen Anfall. Im Verlaufe trat mehrmals Starre der Muskulatur ein. Die Psychose hatte den Charakter einer primären Dementia acuta nach vorausgegangenem kurzen Stadium von Verwirrtheit. Der Ausgang ist unbekannt, da die Kranke nach zwei Monaten in stuporösem Zustande aus der Anstalt genommen wurde. Wir rechnen diesen Fall zu den Intoxicationspsychosen.

Convulsionen ähnlich denen bei Eklampsie kamen bei zwei Frauen mit puerperaler Infection zur Beobachtung (Fälle 2 und 10) und sind demnach wohl auf Rechnung der letzteren zu setzen. Es liegt der Gedanke nahe, dass sie, sowie auch die öfters sich zeigende Muskelstarre auf toxischer Wirkung beruhen; bei beiden bestand pyämische Erkrankung, die eine mit späterer Genesung, die andere letal endend.

Bei einer Kranken (Fall 13) wurde vorübergehend in kleinen Mengen Zucker im Urin gefunden; dieselbe litt an Parametritis, welche wohl auch zur Meliturie Veranlassung gab. Flesch erwähnt (Berliner klinische Wochenschrift 1893, Nr. 43) einen Fall, bei dem im ersten Wochenbett eine acute Neurose zunächst in Form eines eklamptischen Anfalles, dann einer schweren Melancholie, im zweiten Wochenbett eine Neurose in Form von Schlaflosigkeit und Meliturie aufgetreten sei, und fasst diese Neurosen als gewissermassen vicariirende Erscheinungen auf. Jedenfalls kommt Glykosurie bei geisteskranken Wöchnerinnen selten vor. Dass Diabetes mellitus im Puerperium zu Psychose geführt, ist unseres Wissens noch nie beobachtet worden.

In der Prüfung unserer Fälle nach einer infectiösen Erkrankung ist zu unterscheiden zwischen nichtpuerperaler und puerperaler Infection; das ist bisher zu wenig auseinandergehalten worden. Wenn Olshausen in der Eintheilung der Wochenbettspychosen als dritte Gruppe die „Infectionspsychosen" vorgeschlagen hat, so hatte er nur die letzteren im Sinne; die ersteren sind aber auch dahin zu rubriciren, am besten als zweite Unterabtheilung. In eine dritte Unterabtheilung gehörten dann diejenigen, bei welchen eine puerperale und eine nichtpuerperale infectiöse Erkrankung gleichzeitig besteht. Wir haben für jede dieser zwei letzteren Kategorien ein Beispiel; das eine (Fall 17) betrifft eine Phthise: 31jährige Erstgebärende, mit ererbter Disposition für Tuberkulose (Vater an Lungenschwindsucht gestorben) erkrankt im Beginne der ausserehelichen Schwangerschaft an Phthisis pulmonum. (Bei einer Schwester trat Puerperalpsychose auf.) Sechs Tage nach der Geburt beginnt die geistige Alteration in Form von manischer Verwirrtheit und 22 Tage nachher, also 28 Tage nach der Geburt, erliegt sie der Lungenerkrankung, wie die Section erweist, an Miliartuberkulose und Darmgeschwüren. Das andere (Fall 24) bot im Leben verhältnissmässig sehr wenig somatische Krankheitszeichen; bei der Aufnahme hochgradige Anämie und Abmagerung, schlechten frequenten Puls (120), nur geringe Temperatursteigerung (38·0 Grad), etwas Empfindlichkeit im Abdomen, stinkenden Vaginalfluss; erst nach zweimonatlicher Dauer der cerebralen Affection zeigten sich bei hohem

Fieber und dauernder Diarrhoe Symptome von Peritonitis während 20 Tagen bis zum Tode. Nach dem Sectionsresultat (Professor Roth) bestanden aber Bronchitis und Miliartuberkulose der Lungen, Pleuritis sinistra, Darmtuberkulose und tuberkulöse Darmgeschwüre, von denen eines im Ileum perforirt war, frische allgemeine Peritonitis, daneben ältere circumscripte Beckenperitonitis, ferner an der vorderen Muttermundslippe ein bohnengrosses Geschwür. Zweifellos war die Tuberkulose die Hauptursache der Psychose und zu Tode führend; aber weil im Beginne der Hirnaffection, 4½ Wochen p. p., die Lochien stinkend waren und beim Tode (4 Monat p. p.) eine Beckenperitonitis und am Uterus ein Geschwür vorhanden waren, nehmen wir doch an, dass bei Entstehung der geistigen Störung eine Puerperalinfection mitgewirkt habe. Es kann also Puerperalpsychose auftreten in Folge von Phthisis pulmonum und ferner auch bei tuberkuloser Erkrankung der Lungen und des Darmes neben infectiöser Erkrankung des Genitaltractus.

Aehnliche Doppelinfection lag der Psychose scheinbar zugrunde bei Fall 19. Unmittelbar vor Beginn derselben litt die Kranke etwa drei Wochen lang an Angina; zwei Wochen nachher werden bei der Aufnahme Zeichen einer Lungenentzündung (Dämpfung) constatirt bei sehr frequentem Puls aber normaler Temperatur; erst drei Wochen später entwickelt sich ziemlich plötzlich ein vollständiges Bild einer Pneumonie mit sehr hohem Fieber, das noch vier Wochen andauert bis zum Tode. Das Sectionsergebniss aber lautet auf Metrophlebothrombose (Phlebitis des plexus sacralis sin., der vena iliaca und vena cruralis sin.); dazu fanden sich Embolien und Abscessbildungen im rechten Herzen und eiterige Pneumonie der rechten Lunge, also Pyämia metastatica. Der Fall gehört demnach zu den schweren Puerperalinfectionen. Merkwürdig mag es erscheinen, dass jene Venenthrombose als das Primäre trotz langdauernder Beobachtung intra vitam nicht wahrgenommen werden konnte. Es ist dies eben ein Beweis, dass sich dieselbe entwickeln kann, ohne merkliche Erscheinungen zu machen, und eine weitere Bestätigung dafür, dass bei geisteskranken Wöchnerinnen ein infectiöses Leiden sehr leicht übersehen werden kann; denn solche gehen mitunter, in seltenen Fällen auch pyämische, in Heilung über und können darum, weil es nicht zur Section kommt, unentdeckt bleiben.

In weiteren fünf Fällen (5, 6, 7, 10 und 18) wird die Richtigkeit der Annahme einer puerperalen Infection durch die Autopsie bestätigt; wir geben kurz die Merkmale und Art der somatischen Erkrankung derselben an. Fall 5 imponirt schon im Leben als „Puerperalfieber"; es beginnt vier Tage post partum mit hohem Fieber. Das Abdomen ist aufgetrieben und druckempfindlich; am neunten Tage p. p. werden in Chloroformnarkose adhärente Placentarreste mit Curette entfernt; fünf Tage nachher tritt Exitus ein, nachdem tags zuvor „Diphtheritis" der Vagina und übelriechender Ausfluss aufgetreten waren. Die Section ergibt neben Insufficienz der Aorta und Erysipel des rechten Oberarmes Parametritis phlegmonosa duplex und Peritonitis (Professor Roth), also Septicämie.

Bei Fall 6 beginnt am fünften Tage nach der Geburt, bei welcher unter bedeutendem Blutverlust die Placenta künstlich gelöst worden war, mässige Temperatursteigerung bei sehr schnellem Puls und stinkenden Lochien. Nach zweimaliger Auskratzung erfolgt Besserung für drei Tage. In Chloroformnarkose werden mehrere kleine Placentarstücke und Eihautreste entfernt; nachher andauernd fieberhaft (38 bis 40 Grad), der Puls sehr frequent, der Bauch wird aufgetrieben und schmerzhaft, die Respiration mühsam; es stellen sich Schüttelfröste ein, und bald nachher stirbt die Kranke (15 Tage nach der Geburt). Bei der Obduction findet man eine Verletzung der vorderen Scheidewand, Endometritis diphtheritica, Parametritis duplex, Peritonitis, Pleuritis, Pericarditis und Thrombosis venae uteri, also Septicopyämie.

Auch bei Fall 7 liegt Puerperalfieber zugrunde. Durch langdauernde Geburt (II.) und eine mit Ablösung der Placenta erfolgende starke Blutung wird die Frau sehr geschwächt. Gleich anfangs Erbrechen, aber ohne Leibschmerzen und angeblich ohne Fieber trotz stark übelriechendem Lochienflusse, erst am fünften Tage p. p. Fieber und hohe Pulsfrequenz (Schüttelfröste), die bis zum Tode (17 Tage p. p.) andauern. Die Autopsie ergibt: „Diphtheritis" der Placentarstelle, circumscripte Pelveoperitonitis, metastatische Abscesse in der Milz und in der Leber, also septicämische Erkrankung.

Trotzdem bei Fall 10 die Wöchnerin dem somatischen Leiden erlag, machte dieses intra vitam wenig Symptome. Acht

Tage nach der Geburt steigen Temperatur und Pulsfrequenz mässig und der Leib wird etwas aufgetrieben; nach zwei Tagen hohes Fieber, Diarrhoe, clonische Zuckungen, Bauchschmerzen und fünf Tage später tritt unter Zunahme der Schwäche der Tod ein. Bei der Section kommen zum Vorschein neben Hirnhyperämie und Schädelexostosen, Mastitis, Thrombosis venarum pelvis, Thrombus arteriae pulmonalis, pneumonia lobul. dext. infer. Dieses Resultat spricht für eine Pyämie, die im Leben aber nicht den Eindruck eines Puerperalfiebers im engeren Sinne machte.

Beim letzten Fall (18) mit tödtlicher Puerperalinfection lautet die klinische Diagnose der körperlichen Krankheit auf „Puerperalfieber". Vom dritten Tage an nach der Geburt, mit Dammriss und Placentarlösung durch die Hebamme, hohes Fieber, schmerhafter Leib, hohe Pulsfrequenz, Bronchialkatarrh, Zerfall und Exitus letalis (14 Tage p. p.). Sectionsbefund: Venöse Hyperämie des Hirns und seiner Häute, Osteophyten des Schädeldaches, Lungenödem und Lungenhypostase, Hydropericardium, Milztumor, Phlebitis uteri, Endo- und Perimetritis und Peritonitis suppurativa; wir haben es hier demnach mit einer Pyämie zu thun.

Ausser diesen tödtlich verlaufenen Fällen rechnen wir noch die zwei folgenden zu denen mit „schwerer" Puerperalinfection. Bei Fall 27 trat acht Tage nach der Geburt (Zangengeburt) starke Phlebitis auf mit hohem Fieber und schnellem Puls; beim Eintritt (5½ Wochen p. p.) sind noch deutliche Zeichen einer Phlegmasia alba am linken Bein; dieses ist spontan schmerzhaft und um 4 Centimeter voluminöser als das rechte, Fieber mässig; diese Entzündungserscheinungen treten allmählich zurück.

Fall 2 wies erhöhte Temperaturen auf vom zwanzigsten Tage an nach der Geburt während vier Monaten bis zum Maximum von 40·2 Grad: innerhalb dieser Zeit und namentlich im Anfang war das Abdomen sehr schmerzhaft, besonders in der Blasengegend, später anhaltend auch die linke untere Extremität. Es trat Cystitis auf, Cyanose im Gesicht, Tremor und sehr schweres Krankheitsgefühl, bedenkliche Schwäche; vier Monate nach der Geburt wird (durch einen gynäkologischen Specialarzt) constatirt: links grosses diffuses, ziemlich hartes Exsudat

im ligam. lat., linkes Scheidengewölbe und auch ein Theil des hinteren prall und schmerzhaft. Cystitis indessen verschwunden, auch nachher noch Bauchschmerzen vorhanden; sieben Monate p. p. Schmerzen in den Articulationen, besonders der oberen Extremitäten, der Handgelenke; erst im achten Monate p. p. frei von somatischen Beschwerden. Die Krankheitserscheinungen waren hier viel schwerere als z. B. im Falle 10 mit Pyämie; wahrscheinlich führte auch bei Fall 2 die Parametritis zu phlebitischen und pyämischen Processen in langsamem milderen Verlaufe.

Wir haben also bei 10 Fällen (unter 27) eine schwere Infectionskrankheit als Grundlage der Psychose; bei 2 ist es Tuberkulose, bei 8 puerperale Infection, nämlich einmal Septicopyämie (Fall 6) zweimal Septicämie (Fälle 5 und 7) und fünfmal Pyämie (Fälle 10, 18, 19 und 2, 27).

Die Annahme einer „leichteren" puerperalen Infection ist in weiteren 9 Fällen zulässig.

Fall 4 hatte vom vierten Tage an p. p. „Milchfieber"; nähere Angaben fehlen. Beim Eintritt in die Anstalt, zwei Wochen p. p., betrug die Temperatur 38·3 Grad, am folgenden Tage Abends 38·4 Grad (Maximum), dann innerhalb 14 Tagen siebenmal über 37·5 (zwischen 37·6 bis 38·3 Grad); wurde nachher nicht gemessen; weitere Infectionszeichen fehlen.

Bei Fall 9 werden keine fieberhaften Temperaturen angegeben, aber mässige Beschleunigung des Pulses, Excoriationen am Munde, Leibschmerzen, etwas Albuminurie und sechs Monate p. p. findet man im etwas aufgetriebenen Abdomen oberhalb der Symphyse eine härtere Resistenz mit geringer Druckempfindlichkeit, also wahrscheinlich ein Exsudat.

Fall 11 war nach der Geburt fieberhaft; bei der Aufnahme (12 Tage p. p.) bestanden Zeichen linksseitiger Mastitis, leichte, etwas schmerzhafte Auftreibung des Unterleibes, Pulsfrequenz von 120 Schlägen; die Körpertemperatur stieg drei Tage später Abends auf 38·3 Grad und die folgenden 14 Tage mehrmals über 38 Grad, im Maximum auf 38·4 Grad; vier Wochen p. p. war der Lochialfluss noch stark und blutig.

Bei Fall 12 war das Wochenbett zunächst angeblich fieberlos, vier Wochen p. p. aber, kurz nach der Aufnahme, sicher fieberhaft bis 39·3 Grad; dabei bestand Mastitis der

linken Seite; die folgenden 14 Tage erreichte die Temperatur zweimal eine Höhe von über 38·5 Grad, neunmal von 38 Grad oder darüber und war später lange Zeit subnormal. Sechs Wochen p. p. war der Uterus retrovertirt, vergrössert, hart und innerhalb im Zustande von Endometritis.

Fall 13 erkrankte vier Tage nach der Geburt an Parametritis mit ziemlich hohem Fieber, nach dem schon zwei Tage ante partum Schmerzen im Unterleibe aufgetreten waren. Bei der Aufnahme (vier Wochen p. p.) ohne Fieber, 96 Pulsschläge, im rechten Hypogastrium eine diffuse, handtellergrosse, derbe, druckempfindliche Resistenz, im Urin ziemlich viel Eiweiss und Zucker.

Fall 20 litt, wegen rhachitischen Beckens durch die Zange entbunden, nach der Angabe des Arztes nachher an Metrophlebitis, deren Verlauf nicht genauer beschrieben wird; in der Anstalt war nur fünf Wochen p. p. eine schmerzhafte Auftreibung des Leibes wahrnehmbar, sonst keine Zeichen von Infection (trotz gynäkologischer Untersuchung).

Bei Fall 21 traten vier Tage nach der Geburt Schüttelfröste auf, nähere Angaben fehlen. Die Psychose begann 10 Tage p. p., beim Eintritt (vier Wochen p. p.) bestand noch mässige Auftreibung des Unterleibes und leichte Druckempfindlickeit desselben, jedoch kein Fieber mehr.

Bei Fall 23 stellten sich 20 Tage p. p. Schüttelfröste und heftiges Fieber (über 40·0 Grad) ein, welches, durch sehr hohe Gaben Chinin beeinflusst, nach vier Tagen aufhörte.

Fall 25 bot bei der Aufnahme, sechs Wochen p. p., Fieber (38·3 Grad), schnellen Puls (120), etwas Empfindlichkeit im Unterleibe und Albuminurie dar, hatte wahrscheinlich schon vorher Fieber; die Anamnese war nicht sehr genau zu erheben.

Im Ganzen hätten wir demnach bei 19 Fällen eine infectiöse Erkrankung, also bei 70·37 Procent, davon 1 Tuberkulose, 1 Tuberkulose mit puerperaler Infection und siebzehnmal ein puerperales somatisches Leiden, also in 62·96 Procent.

Ferner ist noch in vier anderen Fällen die Mitwirkung einer körperlichen puerperalen Erkrankung nicht mit Sicherheit auszuschliessen, also zweifelhaft vorhanden.

Fall 8 litt seit drei Jahren an Metritis, die nach einem Abort entstanden war und empfand beim Eintritt in die Anstalt,

neun Tage nach der Geburt, mässige Schmerzen in beiden Inguinalgegenden.

Fall 15 hatte bei der Aufnahme (sechs Wochen p. p.) 37·9 Grad; etwas Fieber soll sie auch vorher schon im Wochenbett gehabt haben; der Leib war aufgetrieben und hart, und der Urin enthielt Spuren von Eiweiss.

Fall 16. Bei der Geburt riss der Damm; die Naht desselben wurde von der Kranken mehrfach aufgerissen; die ausgedehnte Wunde (fast durch den ganzen Damm) war deshalb häufig stark unrein und erschien auch, 10 Tage p. p., bald nach der Aufnahme stellenweise an der Oberfläche geschwürig zerfallen; die Temperatur stieg aber nie über 38·2 Grad, ausgenommen einen Abend (1 Monat p. p.), wo sie die Höhe von 39·4 Grade erreichte bei gleichzeitiger heftiger Diarrhoe.

Bei Fall 22 fand man bei Erhebung des Aufnahmestatus 15 Tage p. p. das Abdomen etwas aufgetrieben und im rechten Hypogastrium eine circumscripte sehr schmerzhafte Stelle; anfangs normal, stieg die Körpertemperatur später einmal auf 38·2 Grad bei gleichzeitigem leichteren Bronchialkatarrh und drei Wochen später zum Maximum von 38·6 Grad; der Puls war öfters sehr frequent.

Würde man auch in diesen vier letzteren Fällen ein infectiöses Leiden als vorhanden annehmen, so hätten wir zusammen in 21 Fällen, d. i. 77·77 Procent puerperale Infection.

Es bleiben noch vier Fälle übrig, in denen wir den Einfluss einer Infection ausschliessen. In Fall 1 fehlen bezügliche positive Angaben; eine infectiöse Erkrankung war also höchst wahrscheinlich nicht vorhanden.

Fall 3 hatte zwar beim Eintritt, 14 Tage p. p., eine Abendtemperatur von 38·2 Grade, am folgenden Tage 37·8 Grade, dann innerhalb 14 Tagen noch einmal über 38·1 Grade und zwei Wochen später das Maximum von 38·3 Grad; aber wegen beträchtlicher anhaltender Albuminurie haben wir eine nephritische, respective urämische Erkrankung, also Intoxication angenommen (s. o.).

Bei Fall 14 trat ätiologisch ein Diätfehler mit folgender erheblicher Verdauungsstörung in den Vordergrund, die auf eine Autointoxication hinweist. Die mässige Auftreibung des Unterleibes und die Druckempfindlichkeit der Ovariengegend waren

uns zu wenig Anhaltspunkte für Annahme eines infectiösen Einflusses.

Fall 26 litt an zahlreichen Furunkeln und Abscessen, doch mehr im Verlaufe der Psychose als vorher, und blieb ohne Symptome einer Genitalerkrankung.

Aus einer Vergleichung der für jeden Fall zusammengestellten ätiologischen Momente, welche Aufzählung wir wegen zu vieler Wiederholungen hier nicht ausführlich wiedergeben, geht, wie zu erwarten stand, thatsächlich hervor, dass im Allgemeinen bei den Fällen der Gruppe mit schwerer Infectionskrankheit viel weniger andere Ursachen mitwirkten als bei den übrigen Gruppen, dass ferner unter diesen weniger andere ätiologische Momente bei den Fällen mit leichter Infection mitspielten als bei denjenigen ohne Infection.

Es ist früher allgemein angenommen und immer betont worden, dass schwere Geburt und Blutverlust dadurch schädigen, dass sie Schwäche und Anämie herbeiführen; sie wirken aber auch dadurch nachtheilig, dass sie für Infection disponiren; so schreibt Glöckner (l. c.): „Schwere und lang dauernde Geburten sind sehr häufig fieberhafte, je höher aber das Fieber intra partum, um so grösser die Wahrscheinlichkeit eines fieberhaften Wochenbettes; mehr als die Hälfte der Geburten mit erheblichem Blutverlust sind später hoch fieberhaft; die Eröffnung der Blutgefässe begünstigt den Eintritt der Bacterien"; Blutverlust vermindert auch die Widerstandskräfte gegen dieselben.

Von unseren 14 Fällen mit schwerem Geburtsverlauf oder mit grossem Blutverlust trat

bei 6	Fällen	(2, 6, 7, 18, 24, 27)	schwere	Infection ein,
„ 3	„	(11, 20, 21)	leichte	„
„ 3	„	(15, 16, 22)	zweifelhafte	„
„ 2	„	(1, 3)	keine	„

In Bezug auf die wichtigsten Einzelsymptome der Infectionen ist Folgendes zu erwähnen. Hohe Fiebertemperaturen und sehr rasche Steigerungen kamen vor bei allen acht Todesfällen und beiden anderen schwer Inficirten (Fälle 2 und 27); über 40 Grade stieg das Fieber bei allen diesen, ausgenommen die Fälle 24 (mit Darmtuberkulose und Pelveoperitonitis), 17 (mit Phthise) und 27 (mit Phlebitis). Die höchsten Temperaturen wurden gemessen bei

	Temperatur	Nach der Geburt	Nach Beginn der Psychose	Vor dem Tod
Fall 5	41 Grade	6 Tage	2 Tage	7 Tage
„ 6	41·1 „	11 „	4 „	1½ „
„ 7	40·9 „	6 „	1 „	10 „
„ 10	40·5 „	10 „	5 „	5 „
„ 17	39·8 „	12 „	6 „	15 „
„ 18	41·6 „	13 „	11 „	1 Stunde
„ 19	40·4 „	3 Monate	2 Monate	9 Tage
„ 24	39·4 „	3½ „	2½ „	12 „
„ 2	40·2 „	4 Wochen	12 Tage	genesen
„ 27	39·8 „	2 „	2 Wochen vor der Psychose	„

Nach Winter (l. c.) ist im Allgemeinen die Infectionsintoxication um so schwerer, je grösser die Incongruenz zwischen Pulsfrequenz und Temperatur. Hochgradige Pulsincongruenz finden wir constatirt in acht Fällen, wovon sieben letal endeten und der übrige eine Pyämie betrifft (Fall 2); bei dem letzteren war die Pulsfrequenz sehr wechselnd, sehr leicht beeinflussbar und stieg besonders bei Angstparoxysmen und im Beginn des Stupors; gleichzeitig mit der besseren Herzthätigkeit kehrten auch die geistigen Functionen wieder.

Sehr übelriechende Lochien wurden nur in drei Fällen bemerkt, welche alle schwer puerperal inficirt waren und hieran starben. Bekanntlich hat besonders Bumm dargethan, dass im Puerperium eine Infection vorhanden sein kann auch ohne Uebelgeruch der Lochien. Wo dieser besteht, ist aber sicher eine infectiöse Erkrankung entstanden.

Auch die Schüttelfröste gelten als sicheres Zeichen einer Infection; Winter hat solche bei 33 Procent seiner puerperal Inficirten beobachtet. Sie kamen hier bei zwei sehr schweren, rasch zu Tode führenden, infectiösen Leiden (Fälle 6 und 7), ferner auch bei zwei leichteren mit günstigem Ausgange vor.

Je nach dem zeitlichen Verhältnisse des Beginnes der Psychose zum Anfange und Verlaufe des Fiebers und der Infection unterscheidet man die Geistesstörungen bei Infectionskrankheiten in Incubations-, Akme- und postfebrile Psychosen (Kirn, Kräpelin u. A.) In der Mehrzahl der Fälle von Hansen trat die psychische Alteration im Akmestadium auf; seltener begann sie während der Incubation oder nach Ablauf

des Fiebers. Unsere Zusammenstellung ergibt dasselbe Resultat; Akmepsychosen sind sicher acht und wahrscheinlich auch drei weitere Fälle, wo das Fieber kurz nach Beginn der Psychose nachgewiesen, vorher aber nicht als fehlend angegeben wurde, also elf Fälle, Incubationspsychosen zwei und postfebrile vier. Auch dieses Ergebniss spricht sehr dafür, dass bei den Infectionspsychosen dem Fieber, der Infection und der Intoxication viel mehr pathogenetische Bedentung beizulegen ist als der Anämie und Inanition.

Zusammenstellung nach psychischen Krankheitsformen.

Kurze Zeit, d. h. höchstens zwei Tage lang dauernde Geistesstörungen werden, auch wenn sie bei Wöchnerinnen auftreten, als transitorische bezeichnet; sie können unmittelbar nach der Geburt zum Ausbruch kommen und gleichen dann jenen, welche während der Geburt selbst entstehen. Sie bestehen in einem Paroxysmus von hochgradiger hallucinatorischer, psychomotorischer Erregung und starker Bewusstseinstrübung, welche vollständigen Erinnerungsdefect hinterlässt. Ihre Dauer beträgt nur einige Stunden; sie können nach anderen Angaben auch später ausbrechen, am zweiten oder dritten Tage post pagertum.

Unsere drei transitorischen Puerperalpsychosen begannen am vierten, fünften und elften Tage p. p.; zwei dauerten fünf bis sechs Stunden, die dritte zwei Tage. Alle drei litten an schwerer Puerperalinfection und erlagen derselben; sie gehören demnach ätiologisch zur Gruppe der Infectionspsychosen. Die Trübung des Bewusstseins, die Hallucinationen und die psychomotorische Erregung waren so intensiv, dass die Annahme blosser Fieberdelirien uns nicht zulässig erscheint.

Fall 5. 27 Jahre alt, Näherin. Eintritt 24. Mai 1881. Austritt 27. Mai 1881, I p., unehelich; Verlauf der Geburt (19. Mai 1881) normal. Befinden in den ersten Tagen gut; hatte nur Kummer und Angst, dass ihre Mutter von der Geburt erfahre. Am vierten Tage p. p. (23. Mai) trat Fieber auf über 39 Grad und gegen Abend brach die geistige Störung aus. Patientin wurde aufgeregt, verwirrt; dann lag sie wieder starr da und reactions-

los. Nicht hereditär belastet. Mit 15 Jahren Typhus durchgemacht, sonst immer gesund. Status 24. Mai: tief benommen; sieht starr vor sich hin. Pupillen sehr weit; reagirt auf nichts. Muskulatur zeigt eine gewisse Starre. Hallucinirt lebhaft, macht mit den Händen stets lebhafte Greif- und Reissbewegungen. Abdomen aufgetrieben, stark tympanitisch, besonders links unten druckempfindlich. 25. Mai: Erste Hälfte der letzten Nacht sehr unruhig, delirirend und hallucinirend. Morgens klar, bei sich; 40 bis 41 Grad Fieber. Sie habe viele Gestalten gesehen und Lärm gehört; in ihren Ohren habe es gebraust und geläutet. Erinnerungsdefect für die Zeit der Erregung (circa sechs Stunden). 27. Mai: Blieb seither trotz Fortdauer des hohen Fiebers klar; wird auf die medicinische Abtheilung übergeführt; stirbt dort 2. Juni, nachdem am 28. Mai in Chloroformnarkose adhärente Placentarreste entfernt worden waren. Sectionsbefund: Parametritis phlegmonosa duplex, Peritonitis, Insufficienz der Aorta. Dilatation des rechten Ventrikels. Erysipelas des rechten Oberarmes, Milztumor.

Fall 6. Beamtenfrau. 37 Jahre alt. Eintritt 27. Januar 1882; Austritt 1. Februar 1882 (†). Ohne erbliche Belastung. Bei der ersten Geburt prolongirtes Wochenbett, übelriechende Lochien. Letzten Sommer „Schleimfieber", Uterinblutungen. Immer sehr nervös. Zweite Geburt 15./16. Januar 1882, spontan, bedeutende Metrorrhagie; Placenta mit halber Hand entfernt. Sehr erregt, erste Tage des Wochenbettes sonst gut. Am fünften Tage p. p. (21. Januar) 38·2 Grad Temperatur und sehr frequenten Puls, stinkende Lochien. Raclement ohne Besserung. 23. Januar zweites Raclement; Temperaturabfall, Lochien fast normal. 25. Januar: Abdomen frei, Euphorie; Abends 39·2 Grad, Puls 100. 27. Januar: Unerträgliches Sausen im Kopf während der Nacht. Nach 10 Uhr Vormittags Klagen, sie müsse sterben; nimmt Abschied; wird plötzlich hochgradig erregt, singt, tobt, weint, betet, lacht. Wird Nachmittags 3 Uhr in höchster Erregung und völlig verwirrt in die Anstalt gebracht. Status 27. Januar: Benommen, 41·1 Grad, über 166 Pulsschläge. Nach kühlem Bad ganz bei sich, schwach; Abends in Chloroformnarkose Entfernung mehrerer kleiner Placentarstücke und Eihautreste aus dem Uterus ohne grosse Blutung. 28. Januar: Sensorium frei; Temperatur zwischen 38 bis 40 Grad; Puls sehr

frequent. Schüttelfröste. 29./30. Januar: Erbrechen. 31. Januar: Stechende Schmerzen auf der Brust, im Rücken und Bauch. 1. Februar: Exitus Morgens 5 Uhr. Sectionsergebniss: Parametritis duplex; Endometritis diphtheritica, Peritonitis, Pleuritis, Pericarditis, Verletzung der vorderen Scheidewand.

Fall 7. 33 Jahre alt. Eintritt 13. Februar 1878; Exitus 15. Februar 1878. Erste Geburt unehelich; zweite Geburt kurz nach der Heirat. In letzter Schwangerschaft grosse Drüsenschwellungen am Halse, viel Schmerzen im Halse und Bauche. Letzte Geburt (zweite) 8. Februar 1878; dabei starke Blutung, Lösung der Placenta in zwei Stücken; sehr schwach. Die ersten Tage ohne Fieber; dann Erbrechen, stinkender Ausfluss. Am 13. Februar eine halbe Stunde in tiefer Ohnmacht (Mittags), um 5 Uhr Beginn eines heftigen Tobsuchtsanfalles; schlägt um sich, hallucinirt mit Gesicht und Gehör, bald ängstlich, bald heiter. Wird in der Anstalt etwas ruhiger (6 Uhr); bleibt aber bis 11 Uhr Abends völlig verwirrt; Temperatur 38·9 Grad, Puls 136. Danach Schüttelfrost; Auftreibung und Schmerzen im Unterleib. Die Kranke bleibt von 11 Uhr an lucid. 14. Februar: über 40 Grad, 160 Puls, Erbrechen. Durch Ausspülung viele kleine Eihaut- und Placentarreste entfernt. Es fehlt ihr Erinnerung an die Ohnmacht und ihren Tobsuchtsanfall. Patientin erliegt der puerperalen Infection am 25. Februar und bot bis dahin trotz hohem Fieber ausser leichten Delirien keine psychotischen Erscheinungen mehr dar.

Sectionsbefund: „Diphtheritis" der Placentarstelle, circumscripte Pelveoperitonitis, Milz vergrössert mit käsigen Knoten, Leber fettig entartet mit Knötchen, kleine ulcerirende Geschwülste in beiden Musculi sternocleidomastoidei, Drüsen frei, mässiges Hirnödem, Lungenödem.

Noch näher steht den Fieberdelirien, auf einer Zwischenstufe zwischen diesen und den eigentlichen Psychosen, Fall 18, dessen Krankheitsbild doch am besten in die Gruppe der depressiven Verwirrtheit rubricirt wird.

Fall 18. Fabriksarbeiterin, verheiratet, geboren 4. August 1851. Eintritt 12. Januar 1877, Austritt 14. Januar 1877. Anamnese: Familie gesund; achtjährig hatte Patientin Typhus. Am 1. Januar 1877 gebar sie zum erstenmale; Schwangerschaft ausser zwei Blutungen nach Fall und Schreck gut verlaufen. Bei der

Geburt riss der Damm und die Hebamme löste die Placenta. Am 3. Januar fing die Patientin an zu fiebern und bald auch zu deliriren; namentlich Nachts war sie sehr unruhig und hallucinirte lebhaft mit Gesicht und Gehör (sah besonders Katzen, Fische und dergleichen), lärmte und schrie. Status recept.: Temperatur 40·2 Grad, Puls 126, Respiration 32. Patientin hat Bronchialkatarrh, Miliaria des Rumpfes, blutige Lochien, einen schmutzig-diphtheritischen Dammriss und grossen schmerzhaften Leib. Sie ist bis zum Abend bei sich; dann bekommt sie bei 41 Grad lebhafte Gesichts- und Gehörshallucinationen, wird sehr unruhig. Trotz guter Remission auf Natrium salicylicum delirirt sie gleichmässig weiter. Sie bittet um Vergebung aller ihrer Verbrechen; schläft gar nie. Am 13. Januar wird das Abdomen grösser und empfindlicher. Es kommen Aufstossen, Schmerzen in der rechten Schulter, Cyanose und grosse Schwäche. Urin ohne Eiweiss. Das Fieber sinkt noch auf Salicyl. Das ängstliche Delirium dauert an mit wenigen lichten Momenten. Patientin fährt auf die leiseste Berührung angstvoll zusammen, verwechselt bisweilen die Personen. Am 14. Januar lässt sich das Fieber nicht mehr beeinflussen. Patientin ist fast den ganzen Tag unklar, benommen, fühlt doch Abends das Herannahen des Todes und stirbt nach 11 Uhr mit einer Temperatur von 41·6 Grad. Der Sectionsbericht (siehe S. 24) ergibt eine Pyämie. „Die anhaltende ängstliche Verstimmung mit den entsprechenden Wahnvorstellungen und Hallucinationen lassen die cerebrale Störung von den gewöhnlichen Fieberdelirien unterscheiden, während die hochgradige sensorielle Benommenheit und die Art des Verlaufes die Form von einer Melancholie trennen lassen." (Siehe Jahresbericht der Irrenabtheilung, Basel 1877.)

Formen von Verwirrtheit sind die Fälle 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 27, also 19 = 70·37 Procent; davon sind

manische Formen	(8, 11, 19, 20, 17)	= 5
depressive Formen	(18, 22, 24)	= 3
ferner Manie	(21)	1
Melancholie	(23, 25)	2
Dysthymie	(13)	1
Circuläre Störung	(26)	1

Hoppe fand unter 100 Wochenbettspsychosen:

Acute hallucinatorische Verwirrtheit	63	Procent
Melancholie	11	„
Manie	2	„
Hysterie	7	„
Periodische Störung	8	„
Circuläre Störung	3	„
Hallucinatorische Paranoia	5	„
Epileptisch-hysterische	1	„

Ausserdem ist im Wochenbett noch die Form Dementia paralytica beobachtet worden, von Hoche in 1, Schmidt in 6 und Jung in 6 Fällen. (Hoche fand diese Form auch einmal in graviditate und dreimal in der Säugungsperiode.)

Eine chronische hallucinatorische Paranoia scheint sich bei einer unserer Verwirrten entwickeln zu wollen, die vorzeitig ungeheilt aus der Anstalt genommen wurde (Fall 27); denn nach Ablauf des acuten Stadiums traten mehr und mehr Wahnvorstellungen mit dem Charakter der Verfolgung und Beeinträchtigung in den Vordergrund des psychotischen Bildes.

Wir nennen nicht alle Fälle von Verwirrtheit „hallucinatorische Verwirrtheit, weil, wie auch Meynert hervorgehoben, Verwirrtheit auch ohne Hallucinationen bestehen kann. Die Störung des Bewusstseins und der Ausfall der Associationen bleiben mehr oder weniger bei allen Fällen während der ganzen Dauer; die Hallucinationen aber können verspätet und spärlich auftreten oder frühzeitig bedeutend oder ganz zurücktreten.

Hallucinationen kamen zur Beobachtung bei 14 Fällen von 19 mit Verwirrtheit (1, 2, 4, 8, 9, 10, 11, 16, 18, 19, 20, 22, 24, 27); bei vier weiteren Fällen (3, 12, 14, 15) können solche vor der Aufnahme in die Anstalt aufgetreten sein, da das erste Stadium beim Eintritt bereits abgelaufen war; in der Anamnese sind sie nicht erwähnt und hier in der Anstalt nicht zur Wahrnehmung gelangt. Beim letzten Fall (17) waren Hallucinationen auch bei Erregungen nie nachweisbar, es betrifft eine Phthisis ohne Puerperalinfection.

Als hallucinatorische Verwirrtheit begannen zwölf Fälle (obige ohne 10 und 19) und vielleicht jene vier (3, 12, 14, 15). Bei zwei Fällen (10, 19) wird Auftreten von Hallucinationen erst im späteren Verlaufe bemerkt. Die Hallucinationen

nehmen an Häufigkeit früh ab bei drei Kranken, wovon zwei mit manischer und eine mit depressiver Verwirrtheit (8, 20, 24). Die hallucinatorische Verwirrtheit bildet in den meisten Fällen das erste Stadium; die Dauer derselben beträgt nur einige Tage oder Wochen oder Monate, häufig 14 Tage, z. B. in den Fällen 1, 4, 9, 16, einige Tage bei zwei Fällen (8, 20), eine Woche bei Fall 24, drei Wochen bei Fall 11. Am häufigsten waren es Hallucinationen des Gesichtes und Gehöres, oft auch des Geschmackes und Geruches, seltener des Gefühles, in einem Falle (4) fast nur Thiervisionen, besonders Kröten (ohne Alkoholmissbrauch aber mit leichter Puerperalinfection).

Maniakalisches Vorstadium zeigten zwei Fälle (4, 19).

Depressives Vorstadium zeigte ein Fall (3).

Das zweite Stadium war von maniakalischer Färbung bei drei Fällen (8, 11, 20), depressiv bei drei Fällen (1, 22, 24), abwechselnd beides bei drei Fällen (4, 9, 12), stimmungsleer bei Fall 24, abwechselnd stuporös und erregt in fünf Fällen (2, 3, 10, 12, 15), paranoisch einmal (27).

Von den fünf Formen der manischen Verwirrtheit ist bei zweien (17, 19) der maniakalische Charakter viel weniger ausgeprägt als bei den anderen; die erstere litt an Phthisis, die andere an Metrophlebothrombose und Pyämie (siehe S. 22).

Diesen Formen steht die „Manie" sehr nahe (Fall 21), die eigentlich keine reine Manie ist nach Hoppe, Salgo und A.; denn im Beginn der Psychose vor Eintritt in die Anstalt war laut Anamnese das Bewusstsein erheblich getrübt und die Erregung eine hallucinatorische, während freilich in der Anstalt keine Hallucinationen auftraten, das Sensorium frei und das Gedächtniss erhalten blieb, der Verlauf hier also doch einer Manie entsprach.

Von den drei depressiven Formen der Verwirrtheit zeigten zwei (18 und 22) während der ganzen Dauer eine durch Angstgefühle deprimirte Gemüthslage, welche wohl Folge waren der Hallucinationen. Bei der dritten waren die gemüthlichen Alterationen weniger intensiv; das zweite Stadium war abwechselnd stuporös oder ängstlich erregt.

Auch von den beiden Melancholien kam es bei einer (25) im Beginne zu sensorieller Störung; die Kranke hatte nur sehr wenig Erinnerungsvermögen an jene Zeit; der Verlauf

in der Anstalt entsprach zunächst einer Melancholia agitata und nachher einer Melancholia simplex. Die andere Melancholie (23) ist bemerkenswerth wegen Complication mit einer Amblyopie; diese wurde (nach Prof. Schiess) durch hohe Dosen Chinin (in vier Tagen 15 Gramm), eingegeben wegen hohen Fiebers mit Frösten, herbeigeführt.

Der letzte Fall (26) verfiel nach Ablauf der 10 Monate dauernden Melancholie in Manie von dreizehnmonatlicher Dauer. Nach vier Jahren erkrankte die Frau wieder an Manie für neun Monate, nachdem jeden Frühling vorübergehend leichte geistige Störung mit dem Charakter von Manie aufgetreten war.

Einfluss der Infection auf die Form der Psychose.

Zwei Drittel der puerperalen Geistesstörungen zeigen das Bild der Verwirrtheit. Hansen macht für diese Form die puerperale Infection verantwortlich. Hoppe konnte aber zwei Fälle anführen, wo bei Wöchnerinnen hallucinatorische Verwirrtheit bestand, ohne dass irgend welche Zeichen eines infectiösen Leidens nachgewiesen werden konnten und fand andererseits eine fieberhafte Erkrankung bei den hysterischen in fünf von sieben Fällen, bei den periodischen einmal, bei denen mit Paranoia in zwei von fünf Fällen. Wie ausserhalb des Puerperiums eine idiopathische Amentia (Meynert) vorkommen und Verwirrtheit durch eine Menge anderer Ursachen als nur Infection eingeleitet werden kann, wird dies auch im Puerperium möglich sein. Mit dieser Annahme stimmen unsere Beobachtungen überein.

Von den vier Fällen ohne Infectionszeichen trugen drei das Bild von Verwirrtheit und einer war cyklische Psychose und in späteren Jahren periodische Manie.

Unter den vier Fällen mit zweifelhaft infectiösem Einfluss finden wir viermal Verwirrtheit, darunter eine manische (Fall 8) und eine depressive Form (Fall 22).

Die neun Fälle mit leichter Puerperalinfection werden diagnosticirt als fünf Fälle von Verwirrtheit (davon zwei manische), eine Manie, zwei Melancholien und eine Dysthymie. Einen directen Zusammenhang zwischen gewissen Infectionsarten mit bestimmten psychotischen Formen können wir nicht erkennen; denn wo nur Fieber als Hauptzeichen für vorhandene Infection

angegeben ist, haben wir einmal Verwirrtheit (Fall 4) und zweimal Melancholie (Fälle 23 und 25),

im	Falle	21	mit den	Schüttelfrösten	Manie
„	„	11	„	Mastitis	manische Verwirrtheit
„	„	20	„	Metrophlebitis	„ „
„	„	12	„	Mastitis u. Endometritis	Verwirrtheit
„	„	13	„	Parametritis	Dysthymie
„	„	9	„	Exsudat	Verwirrtheit

Hervorzuheben ist aber doch, dass bei den zwei leichtesten günstigsten Psychosen: Dysthymie und Manie auch die Infection eine leichte, nur kurz dauernde gewesen ist und in beiden Fällen junge Erstgebärende betrifft, ferner dass die beiden Frauen mit Melancholie in ziemlich hohem Alter standen (40 bis 55 Jahre) und die grösste Geburtenzahl aufweisen, nämlich die jüngere neun und die ältere sechzehn Geburten.

Bei den 10 Fällen mit schwerer Infection trat dreimal transitorische Störung und siebenmal Verwirrtheit auf; wir haben bei der Septicopyämie (Fall 6) transitorische Psychose,
„ den 2 Septicämien (Fälle 5 u. 7) zwei transitorische Psychosen,
„ „ 5 Pyämien (Fälle 10, 18, 19, 2, 27) fünfmal Verwirrtheit, wovon eine manische und eine depressive Form,
„ der Phthise (Fall 17) manische Verwirrtheit,
„ „ Darmtuberkulose mit Beckenperitonitis depressive Verwirrtheit.

Unter den 14 Formen von Verwirrtheit mit Hallucinationen finden wir in sechs Fällen schwere Infection, vier Fälle mit leichter, drei Fälle mit zweifelhafter und einem Fall ohne Infection.

Unter den fünf Formen von manischer Verwirrtheit sind zwei mit schwerer Infection (Fall 17 mit Phthise, Fall 19 mit chronischer Pyämie), zwei (Fälle 11 und 20) mit leichter Infection und 1 Fall (8) mit zweifelhafter Infection.

Von den drei Formen von depressiver Verwirrtheit boten zwei Fälle schwere Infection (Fall 24 Pelveoperitonitis mit Darmtuberkulose und Fall 18 Pyämie), der dritte (22) zweifelhafte Infection.

Unter den 10 Fällen von Verwirrtheit mit schwerer oder leichter Infection traten bei neun Hallucinationen auf; bei den anderen sieben Fällen von Verwirrtheit ohne oder nur mit

zweifelhafter Infection zeigten nur vier Hallucinationen, danach entstehen diese häufiger bei Verwirrtheit mit als ohne Infection. Weil bei sämmtlichen sechs Fällen von Verwirrtheit mit schwerer Infection Hallucinationen zur Beobachtung kamen, möchte es scheinen, als ob jene Krankheitsform auf dieser Grundlage immer eine hallucinatorische Verwirrtheit wäre; doch trifft das nicht zu. Wir haben unter diesen sechs Fällen von Verwirrtheit bei schwerer Infection einen Fall (19), wo die Verwirrtheit durchaus eine manische zu nennen ist und wo die Hallucinationen erst im späteren Verlaufe und auch dann nur spärlich auftraten; freilich verlief hier das somatische Leiden langsam, war intra vitam nicht zu erkennen und erwies sich schliesslich als eine chronische Pyämie (Tod erfolgte drei Monate p. p.). Auch bei einem anderen dieser sechs Fälle (Nr. 10) entstanden Hallucinationen erst im späteren Verlaufe; die Pyämie liess sich auch erst durch den Sectionsbefund bestimmen; so ist auch hier die Verwirrtheit keine hallucinatorische.

Unter den vier Fällen von Verwirrtheit mit Hallucinationen bei leichter Infection haben wir zweimal eine manische Verwirrtheit.

Andererseits haben wir unter den drei Fällen von Verwirrtheit ohne Infection auch einen mit Hallucinationen (Fall 1) eine hallucinatorische Verwirrtheit, ferner unter denjenigen vier mit Verwirrtheit bei zweifelhafter Infection drei mit Hallucinationen, doch hievon eine manische (Nr. 8) und eine depressive Form (Nr. 22), nur eine ohne Hallucinationen (Nr. 15).

Unser Ergebniss stimmt also weder mit dem von Hansen aufgestellten Satz, dass, wo im Puerperium acute hallucinatorische Verwirrtheit auftrete, eine Infection zugrunde liege, noch mit der Behauptung, wo puerperale Infection zur Psychose führe, sei diese eine hallucinatorische Verwirrtheit, überein.

Hat es einen Einfluss auf die Form der Psychose, ob diese gleichzeitig mit der Infection oder dem Fieber auftrete oder vor oder nach Beginn derselben? Einer bezüglichen, folgenden Zusammenstellung lässt sich entnehmen, dass bei den sechs Fällen mit gleichzeitigem Beginne von Infection und Psychose — alle mit schwerer Infection — Formen entstanden von transitorischer Psychose, Verwirrtheit und depressiver Verwirrtheit. In neun Fällen kam Infection zu Stande vor Ausbruch der Psychose, davon dreimal schwere und sechsmal leichte Infection;

wir haben hier als psychotische Krankheitsformen: Eine transitorische, zweimal Verwirrtheit, dreimal manische Verwirrtheit, eine Manie, eine Melancholie und eine Dysthymie, also im Ganzen günstigere Formen.

In vier Fällen wurde das Vorhandensein einer infectiösen Erkrankung, eine schwere und drei leichte, erst nach Beginn der geistigen Störung erkannt, hat aber sehr wahrscheinlich bei allen früher bestanden und zum Ausbruch der Psychose mitgeholfen; wir treffen hier an Formen dreimal Verwirrtheit und eine Melancholie.

I. Gleichzeitig.

		Beginn der Infection oder des Fiebers	Beginn der Psychose	Form
Schwere Infect.,	Fall 18	2 Tage p. p.	2 Tage p. p.	depress. Verwirrtheit
„ „	„ 5	4 „ „	4 „ „	transitor. Psychose
„ „	„ 7	5 „ „	5 „ „	„ „
„ „	„ 10	7, wahrsch. 5 T. p. p.	5 „ „	Verwirrtheit
„ „	„ 2	15, „ 12 „ „	12 „ „	„
„ „	„ 24	5 W., „ 4½ W.,	4½ W. „	depress. Verwirrtheit
	6 Fälle			

II. Infection vor Psychose.

			Dauer		Form
Schwere Infect.,	Fall 17	i. d. Schwanger.	Monate	1 Tag p. p.	manische Verwirrth.
„ „	„ 6	5 Tage p. p.	6 Tage	11 Tage p. p.	transitor. Psychose
„ „	„ 27	14 „ „	14 „	4 Woch. „	Verwirrtheit
leichte „	„ 4	4 „ „	5 „	9 Tage „	„
„ „	„ 21	4 „ „	6 „	10 „ „	Manie
„ „	„ 11	wenige T. „	einige	7 „ „	manische Verwirrth.
„ „	„ 20	„ „	ca. 2½ Woch.	3 Woch. „	„ „
„ „	„ 23	20 Tage „	3 „	6 „ „	Melancholie
„ „	„ 13	2 „	vor Geburt	1 Tag „	Dysthymie
	9 Fälle				

III. Infection nach Psychose.

Schwere Infect.,	Fall 19	7 bis 9 Woch. (wahrsch. früher)	4 Woch. p. p.	Verwirrtheit
„ „	„ 9	6 Monate „ „	6 Tage „	„
„ „	„ 12	4 Wochen „ „	13 „ „	„
„ „	„ 25	3 Monate „ „	6 Woch. „	Melancholie
	4 Fälle			

Der Einfluss der Zeitdauer nach der Geburt bis zum Beginne der Psychose auf die Form der letzteren wird ver-

schieden taxirt; die einen nehmen an, Melancholie trete am spätesten auf nach der Entbindung. Ripping zählt in den ersten drei Tagen p. p. 77 Procent Melancholien. Hoppe fand keinen merklichen Einfluss in dieser Beziehung; fast alle Formen beginnen vorwiegend in der ersten Woche und nehmen an Häufigkeit allmählich ab.

Von unseren Fällen erkrankten in den ersten 14 Tagen 19 = 70·3 Procent (nach Hoppe 66 Procent),

in der ersten Woche 11 = 40·7 Procent (nach Hoppe 38·78 Procent),

am 1. Tage p. p.	2	eine an	Dysthymie
		„ „	manischer Verwirrtheit
„ 2. „ „	2	„ „	depressiver „
		„ „	Verwirrtheit mit Hallucinationen
„ 3. „ „	0		
„ 4. „ „	2	„ „	transitorischer Psychose
		„ „	Verwirrtheit mit Hallucinationen
„ 5. „ „	4	„ „	transitorischer Psychose
		„ „	hallucinatorischer Verwirrtheit
		„ „	manischer „
		„ „	depressiver „
„ 6. „ „	1	„	Verwirrtheit mit Hallucinationen
in der 1. Woche	11, nämlich	2 „	transitorischer Psychose
		4 „	hallucinatorischer Verwirrtheit
		2 „	manischer „
		2 „	depressiver „
		1 „	Dysthymie
in der 2. Woche	8, nämlich	1 „	transitorischer Psychose
		2 „	hallucinatorischer Verwirrtheit
		2 „	Verwirrtheit
		1 „	manischer Verwirrtheit
		1 „	Manie
		1 „	circulärer Psychose
in der 3. Woche	1, nämlich	„	manischer Verwirrtheit
„ „ 4. „	3, „	2 „	Verwirrtheit mit Hallucinationen
		1 „	„ ohne „
„ „ 5. „	2, „	1 „	„ mit „
		1 „	„ ohne „
„ „ 6. „	2, „	„	Melancholie.

Die am spätesten auftretenden Geistesstörungen sind also die Melancholien; die transitorischen beginnen in der ersten und zweiten Woche. Am meisten Erkrankungen fallen auf den fünften und siebenten Tag p. p., nämlich vier respective drei; Hoppe fand das Maximum für den vierten Tag, Churchill für den

vierten und fünften, Weber den fünften und sechsten und Fürstner den siebenten und achten Tag.

Einfluss des Alters auf Prävaliren gewisser Formen. Manie und Verwirrtheit treten bei jüngeren Wöchnerinnen häufiger auf als bei älteren. Nach Hoppe waren 79 Procent der hallucinatorisch Verwirrten unter 30 Jahre alt, von den unserigen nicht ganz die Hälfte. Die übrigen Formen sind bei älteren häufiger als bei jüngeren.

Es erkrankten an	im Alter von Jahren					
	21 bis 25	26 bis 30	31 bis 35	36 bis 40	über 40	
transitorischer Psychose		1	1	1		3
Verwirrtheit	6	3	6	2	2	19
Manie	1					1
Melancholie				1	1	2
Dysthymie			1			1
Circulärer Psychose			1			1
	7	4	9	4	3	27

Von den verschiedenen Verwirrtheitsformen erkrankten

an	im Alter von Jahren					
	21 bis 25	26 bis 30	31 bis 35	36 bis 40	über 40	
manischer Verwirrtheit		2	2		1	5
depressiver „		1	1		1	3
Verwirrth. m. Hallucinat.	2	3	4	2	2	
„ ohne „	4		1			

Demnach würde die manische Form der Verwirrtheit eher bei jüngeren Frauen auftreten, die depressive eher bei älteren; bei Verwirrtheit fehlen die Hallucinationen am häufigsten bei den jüngsten Wöchnerinnen.

Verhältniss der Zahl der Geburten zur Form der Psychose.

Es erkrankten an	I p.	II p.	III p.	V p.	VII p.	VIII p.	IX p.	XVI p.
transitorischer Psychose	1	2						
Verwirrtheit	8	5	1	2	1	2		
hievon manische	1	2	1		1			
„ depressive	1		1			1		
Manie	1							
Melancholie							1	1
Dysthymie	1							
Circulärer Psychose		1						

Zahlreiche Geburten also disponiren wie höheres Alter zur Form Melancholie; während Manie wie bei jüngeren auch eher bei solchen mit wenig Geburten auftritt. Von 19 Verwirrten sind 8 = 42·1 Procent Erstgebärende (für alle Formen zu-

sammen 37 Procent I p) und 5 = 27·77 Procent Zweitgebärende; im ersten und zweiten Wochenbett zusammen entstand Verwirrtheit in 13 Fällen, in späteren nur in vier Fällen. Auch die transitorische Störung wird viel häufiger oder fast nur bei Erst- und Zweitgebärenden auftreten, da sie mit schwerer Infection eng zusammenhängt und diese bei denselben viel häufiger eintritt als bei Mehrgebärenden.

Hoppe constatirte auch einen Einfluss des (socialen) Standes auf die Form der geistigen Alteration; alle hysterisch und circulär Gestörten gehörten den besseren Ständen an; von diesen erkrankten auch mehr an Melancholie und periodischer Krankheit als vom gewöhnlichen Stande. Paranoia hallucinatoria traf nur Wöchnerinnen in ärmeren Verhältnissen; für die hallucinatorische Verwirrtheit sei das Zahlenverhältniss der Gebildeten zu denen aus dem Volke ungefähr dasselbe wie bei den Geisteskrankheiten der Frauen überhaupt (1 : 4). Bei unseren Kranken ist diese Unterscheidung nicht so scharf ausgeprägt; viele gehören eher dem Mittelstande an; doch ist das Material zu klein, für alle drei Stände einen Einfluss herauszufinden. Wir geben vergleichsweise doch eine Zusammenstellung im Sinne von Hoppe.

Es gehören	zum besseren Stande	zum gewöhnlichen Stande
von den Transitorischen	2	1
„ „ Verwirrten	7	12
hievon manisch	2	3
„ depressiv	1	2
die Dysthymie		1
von den 2 Melancholien		2
die Manie	1	
„ Circuläre		1

Wir haben im Gegensatze zu Hoppe die circuläre Form und die Melancholien beim gewöhnlichen Stande, freilich eher Mittelstande, die Manie beim besseren Stande. Doch möchten wir aus oben angeführtem Grunde nicht zu viel Gewicht legen auf diese Unterscheidung respective Beeinflussung durch den Stand.

Auch mit Bezug auf die Prognose der Wochenbettspsychosen weichen die Anschauungen noch vielfach auseinander. Sie wird bei diesen noch oft als die günstigste aller Psychosen bezeichnet; andere wiederum halten sie für eine

ernste. Hoppe meint, sie verhalte sich wie bei den Psychosen überhaupt.

So weit die Ursachen der geistigen Erkrankungen bekannt sind, kann sie meist nach diesen geschätzt werden. Die bisher bei Osteomalacie bekannt gewordenen puerperalen Geistesstörungen waren unheilbar. Gehen sie mit schwerer Infection einher, so sind sie von dieser abhängig und ebenfalls ungünstig, weil diese eben meist zu letalem Ausgange führt; diejenigen mit leichter Infection sind günstiger. Die eklamptischen weisen beträchtliche Mortalität auf (nach Hoppe 16·6 Procent); die übrigen freilich genesen meist innerhalb relativ kurzer Zeit. Die Prognose ist eine günstigere für alle Fälle zusammen als nur für diejenigen in den Irrenanstalten, weil leichtere Fälle oft nicht hierher gebracht werden. Für die einzelnen Formen ist sie am besten für Manie, dann für Melancholie, noch ziemlich gut für die hysterischen Störungen, ungünstig für die periodischen und circulären, schlecht für Dementia paralytica, Paranoia und epileptische Störungen. Für die Verwirrtheit ist die Prognose im Ganzen eine zweifelhafte; die infectiösen genesen ziemlich rasch, wenn sie nicht letal enden; die idiopathischen aber gehen häufig in chronische Form über. Für die Heilbarkeit aller Geistesstörungen im Wochenbett zusammen fand Hoppe eine Durchschnittsangabe von zwölf Autoren:

	Genesen	gebessert	ungeheilt	gestorben	
	59·6	6·1	17·7	10·2	Procent
er selbst	56	9	30	5	„
Hoche	44·9	22·45	32·65		„

Von unseren Fällen sind
genesen 11,
gebessert 1;
vorzeitig herausgenommen { gebessert 3, ungeheilt 4
gestorben 8.

Nach späteren Berichten sind sicher 14 = 51·8 Proc. genesen.

Von den 4 vorzeitig ungeheilt herausgenommenen Kranken boten zwei gute Prognose; sie sind also sehr wahrscheinlich auch geheilt; ebenso ist von dem dritten vorzeitig herausgeholten und

gebessert entlassenen Falle anzunehmen, dass er noch in Genesung überging; demnach wären schliesslich

geheilt	17	= 62·9	Procent
ungeheilt	2	= 7·4	„
gestorben	8	= 29·6	„

Die Mortalitätsziffer ist eine viel höhere als bei anderen, offenbar weil wir die transitorischen, überhaupt die Störungen bei acuter schwerer Puerperalinfection, welche von anderen als Fieberdelirien weggelassen wurden, hier mitgerechnet haben; ohne dieselben sind nur 4 = 14·8 Procent gestorben (nach Campbell Clark 18·7 Procent).

Bezüglich der einzelnen Formen sind

			vorzeitig herausgenom.		
von	genesen	gebessert	gebessert	ungeheilt	gestorben
den Transitorischen					3
„ Verwirrten	7	1	2	4	5
hievon manische	3				2
depressive				1	2
Manie	1				
Melancholien	1		1		
Dysthymie	1				
Circuläre	1				

Zu obigen Ausführungen lässt sich hieraus ergänzend entnehmen, dass für die manischen Formen von Verwirrtheit die Prognose eine günstigere ist als für die depressiven. Die Genesung der Circulären dauerte vier Jahre, darauf erkrankte die Frau (mehrmals) an periodischer Manie. Der Dysthymie ist als einer leichteren Störung eine günstige Prognose zuzuschreiben.

Wenn auch die Factoren, welche die Prognose beeinflussen, vielfach, besonders von Hoppe, sorgfältig geprüft wurden, so ist es doch von Interesse, noch weiteres Material darauf zu untersuchen und unsere Resultate mit anderen vergleichen zu können.

Von grossem Einfluss auf die Voraussage ist das Alter der Kranken. Nach Hoppe sind im Ganzen genesen

von 33 Kranken im Alter von	19	bis	25	Jahren	23	= 70	Procent
„ 24 „ „ „ „	25	„	30	„	15	= 62	„
„ 21 „ „ „ „	30	„	35	„	6	= 42·9	„
„ 16 „ „ „ „	35	„	40	„	2	= 11·8	„
„ 6 „ „ „ „	über		40	„	2	= 33·3	„

Von jüngeren Individuen bis zu 25 Jahren heilen 7 auf 10, von älteren über 35 Jahre wenig mehr als 2 von 10; die jüngeren Kranken haben also im Ganzen viel mehr Aussicht auf Heilung als die älteren.

Von unseren Fällen sind	genesen	gestorben	ungeheilt
„ 7 Kranken im Alter von 21 bis 26 Jahren	6	—	1
„ 4 „ „ „ „ 26 „ 30 „	1	3	—
„ 9 „ „ „ „ 31 „ 35 „	4	4	1
„ 4 „ „ „ „ 36 „ 40 „	2	1	1
„ 3 „ „ „ „ über 40 „	2	—	1

Von den sieben Kranken unter 25 Jahren sind 6 = 85·7 Procent genesen, dagegen auch von drei über 40 Jahren noch zwei, was hier eben durch die Form (Melancholie) bedingt ist.

Zur Ermittelung des Einflusses des Alters auf die Prognose bei den verschiedenen Formen erhalten wir folgende Zusammenstellung:

Transitorische Psychosen	genesen	gestorben	ungeheilt
1 Kranke unter 30 Jahren	—	1	—
2 „ über 30 „	—	2	—
Verwirrtheit			
von 9 Kranken unter 10 Jahren	6	2	1
„ 10 „ über 30 „	4	3	3
Manische Verwirrtheit			
von 2 Kranken unter 30 Jahren	1	1	—
„ 3 „ über 30 „	2	1	—
Depressive Verwirrtheit			
1 Kranke unter 30 Jahren	—	1	—
2 „ über 30 „	—	1	1
Manie			
1 Kranke mit 24 Jahren	1	—	—
Melancholie			
1 Kranke mit 40 Jahren	1	—	—
1 „ „ 55 „	1	—	—
Dysthymie			
1 Kranke mit 33 Jahren	1	—	—
Circuläre Störung			
1 Kranke mit 34 Jahren	1	—	—

Es ist hieraus nur für die Formen von Verwirrtheit ein Einfluss erkennbar wegen zu geringer Zahl der anderen. Bei den Verwirrten unter 30 Jahren sind 75 Procent genesen und bei den über 30 Jahre alten nur 40 Procent. Hoppe nennt die Genesungsaussicht für diese Krankheitsfälle auch im Alter von 25 bis 30 Jahren „noch sehr günstig", im Alter von 30 bis 35 Jahren „nicht schlecht" und im Alter von über 40 Jahren „sehr ungünstig". Für die Melancholie kann die Bedeutung des Alters für die Heilung negirt werden; beide Kranke mit dieser Form sind trotz höheren Alters genesen.

Der Einfluss der Geburtszahl auf die Prognose ist demjenigen des Alters ähnlich, auch am grössten und besten nachweisbar bei den Formen der Verwirrtheit und für die Melancholien nicht vorhanden; ersteres ist leicht ersichtlich aus Hoppe's Zusammenstellung; unter seinen Formen von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit sind genesen

von I p.	75 Procent
„ II „	66·6 „
„ III „	66·6 „
„ IV „	50 „
„ V „	33·5 „
„ VI—VII p.	12·5 „

Für unsere Fälle von Verwirrtheit ergibt sich folgendes Verhältniss

Von	genesen	ungeheilt	gestorben
I p.	3	2	2
II „	3	1	1
III „	1	1	—
V „	2	—	—
VII „	1	—	—
VIII „	—	—	2

Hoppe sagt, dass bei jungen Erst- bis Drittgebärenden die Genesungsaussichten sehr gut sind, dass auch junge Mehrgebärende immer noch ziemlich Aussicht, dagegen alte Mehrgebärende nur wenig Chancen auf Heilung haben. Nach unserer Erfahrung ist hervorzuheben, dass unter den geisteskranken Wöchnerinnen sich viele alte Erst- und Zweitgebärende befinden; es sind nämlich von 18 Frauen, die nur ein- oder zweimal geboren haben, sieben unter 25 Jahre und zehn über

25 Jahre alt, unter letzteren sechs über 30 und zwei sogar über 35 Jahre alt. Von zehn Erstgebärenden allein waren nur vier jünger als 25jährig, sechs dagegen älter als 25 und davon vier mehr als 30 Jahre alt.

Es sind	genesen	geheilt	gestorben
von den 7 I p. u. II p. unter 25 Jahren	6	1	—
„ „ 10 I p. „ II p. über 25 „	2	2	6

Aus dieser Vergleichung geht trotz der kleinen Zahl der Fälle überzeugend hervor, dass besonders alte Erst- und Zweitgebärende gefährdet sind; es ist für dieselben nicht nur die Aussicht auf Genesung eine ungünstige, sondern namentlich auch die Mortalität eine sehr hohe, nämlich 60 Procent; von allen acht Todesfällen trafen sechs auf alte I p. und II p.

Schmidt und Hoppe bestreiten, dass die hereditäre Belastung die Prognose verschlechtere. Hoche fand unter

	32 erblich belasteten	66 nicht erblich belasteten
geheilt	53·13 Procent	41 Procent
gebessert	18·75 „	24·24 „
ungeheilt	28·12 „	34·76 „

Demnach würde ererbte Veranlagung auf die Heilbarkeit eher günstig wirken.

	genesen	ungeh.	gestorb.
Von unseren 12 erblich belasteten sind	8 = 66·6%	2	2
„ „ 14 nicht „ „ „	7 = 50%	1	6

Die ersteren haben etwas bessere Genesungsaussicht, die letzteren grössere Mortalität.

Aehnlich verhält es sich mit der erworbenen Prädisposition; ihr Einfluss ist nicht erheblich.

Von 18 mit erworbener Veranlagung sind 10 = 55·5 Procent genesen, 3 ungeheilt und 5 = 25 Procent gestorben.

Von 8 ohne erworbene Veranlagung sind 5 = 62·5 Procent genesen und 3 = 37·5 Procent gestorben.

Nach unserem Material vermindert das Vorhandensein einer Prädisposition die Aussicht auf Genesung aber auch die Mortalitätsziffer, jedoch nur in geringem Grade.

Auch der Einfluss der Zeit des Ausbruches der Geistesstörung auf die Prognose ist geprüft worden. Nach Ripping und Hoppe sollen die Erkrankungen, welche in der zweiten und dritten Woche nach der Geburt beginnen, am meisten Aussicht haben zu genesen, dagegen diejenigen, welche in der ersten

Woche post partum ausbrechen, verhältnissmässig ungünstige Prognose bieten; auf die letzteren, also die in der ersten Woche Erkrankten, fällt auch die grösste Mortalitätsziffer, was wohl von der Infection abhängig ist.

Es sind von	genesen	ungeheilt	gestorben
11 in der 1. Woche Erkrankten	4 = 36·3%	2	5 = 45·4%
8 „ „ 2. „ „	6 = 54·5%	1	1
1 „ „ 3. „ „	1 = 100 %	—	—
4 „ „ 4. „ „	2 = 50 %	1	1
1 „ „ 5. „ „	—	—	1
2 „ „ 6. „ „	2 = 100%	—	—

Ohne die zwei letzten Fälle der sechsten Woche, welche beide an Melancholie also an einer heilbaren Form erkrankten, haben auch wir für die zweite und dritte Woche das beste Resultat und für die erste Woche eine sehr hohe Mortalität.

Ferner soll die Prognose im Allgemeinen um so günstiger sein, je rascher die Wöchnerinnen nach Ausbruch der Psychose einer Anstalt zugeführt werden, ausgenommen die Melancholien (Hoppe). Eine Ausnahme machen auch die transitorischen Störungen; von diesen wurden zwei am ersten und die dritte am zweiten Tage der Krankheit gebracht und alle drei starben doch in Folge schwerer Infection. Jene Regel lässt sich durch die vorliegenden Krankengeschichten weder bestätigen noch bestreiten. Während von 79 heilbaren Formen Hoppe's nur 12 im ersten Monate, nur 14 im zweiten Monate und nur 37 in den ersten drei Monaten aufgenommen wurden und alle anderen später, sind von unseren 27 Fällen 25! im ersten Monate der geistigen Erkrankung in die Anstalt eingetreten und nur eine Melancholie nach zwei Monaten und die circuläre Störung neun Monate nach Beginn der Psychose.

Nach Hoppe haben die gewöhnlichen Stände den besseren gegenüber eine bessere Prognose; damit steht unser Resultat in Uebereinstimmung.

	genesen	ungeheilt	gestorben
Von 11 Frauen des besseren Standes sind	6 = 54·5%	2	3 = 27·2%
„ 16 „ „ gewöhnl. „ „	9 = 56·2%	2	5 = 31·2%

doch weist der gewöhnliche Stand etwas höhere Mortalität auf.

Unter den verschiedenen Arten von Verwirrtheit haben die mit Tobsucht beginnenden und nachher Stupor oder wechselnde Zustände zwischen Erregung und Depression zeigenden Formen

die beste Prognose, und die schlechteste Prognose diejenigen, welche mit einem Depressionsstadium beginnen (Hoppe).

Von guter Vorbedeutung sind Remissionen und Intermissionen, und zwar um so besser, je früher sie auftreten. Günstige Zeichen sind auch anhaltende Gewichtszunahme und die Wiederkehr der Menstruation. Mit letzterer Annahme stehen wir im Gegensatze zu Hoppe, indem er schreibt: „Ebenso scheint der Eintritt der ersten Menstruation keine wesentliche Bedeutung zu haben". Von unseren 15 Genesenen folgte bei fünf, also einem Drittel derselben, sehr bald nach der ersten Periode die Genesung; ferner bei zwei wesentliche Besserung und bei einem doch nach der zweiten Periode wesentliche Besserung; bei Fall

12 kam die erste Periode nach 1 Monat, die Genesung nach 4 Monaten
9 " " " " " 2 " " " " $6^2/_3$ "
15 " " " " " $1^1/_2$ " schwach
" zweite " " $5^1/_3$ " auch schwach, die Genesung
nach $5^1/_3$ Monaten.

Von den zwei Melancholien kam bei Fall 23 die erste Periode nur schwach nach zwei Monaten; er wurde nach $6^1/_2$ Monaten gebessert vorzeitig aus der Anstalt genommen; die andere Melancholie (Fall 25) menstruirte nach sechs Wochen, dann nach zehn Wochen; sie war nach $7^1/_3$ Monaten genesen. Nur bei einer einzigen dieser Genesenen und Gebesserten trat keine Menstruation ein, nämlich bei Fall 4, der nur $1^2/_3$ Monat in der Anstalt blieb und gebessert vorzeitig abgeholt wurde. Dagegen fehlten von vier Ungeheilten bei zwei die Menstruation; bei einer (Fall 16) erfolgte die erste in der Krankheit allerdings schon nach $1^1/_2$ Monaten, doch nur schwach, die folgenden setzten wieder aus, und Fall 27 hatte die erste Periode 2 Monate nach Beginn der Psychose und menstruirte auch nachher regelmässig, und doch zeigte die Störung Neigung chronisch zu werden und wurde nach $5^2/_3$ Monaten ungeheilt vorzeitig entlassen.

Unter den acht Todesfällen, von denen mehrere freilich nur kurze Zeit in der Anstalt weilten, zeigten sieben keine Menstruation; nur bei Fall 19 stellte sich eine solche nach $1^1/_2$ Monate ein; die zweite fehlte und nach 3 Monaten erfolgte Exitus.

Also in 14 Fällen von 15 Genesenen war bei frühzeitigem Eintritt der Menstruation der Verlauf der Psychose günstig und nur bei drei Frauen trotz desselben ungünstig; da ist unseres Erachtens doch der Wiederkehr der Periode auch bei den Wochenbettspsychosen eine günstige Bedeutung zuzuerkennen, wie sie ihr auch bei den anderen Geistesstörungen der Frauen zugesprochen wird.

Am wenigsten noch ist der Einfluss der Infection auf die Prognose untersucht worden, weil eine solche eben meist nur in geringer Zahl der Fälle gefunden wurde. Bei den Infectionspsychosen hat dieser Zusammenhang a priori eine hohe Bedeutung.

Von 10 Fällen mit schwerer Infection sind: 1 genesen, 1 ungeheilt vorzeitig herausgenommen, 8 gestorben; die beiden ersten betreffen Pyämie mit chronischem Verlauf; von den acht Gestorbenen litten 3 an Pyämie, 2 an Septicämie, eine an Septicopyämie, eine an Puerperalinfection neben Darmtuberkulose, die letzte an Phthise ohne Puerperalinfection.

Von 9	Fällen	mit leichter	Infection	sind alle genesen		
„ 4	„	„ zweifelhafter	„	„	2 genesen,	2 ungeheilt
„ 4	„	ohne	„	„	3 „	1 „

Die beste Prognose haben also diejenigen mit leichter Infection, dann diejenigen ohne eine solche; noch weniger günstig ist sie für die Fälle mit zweifelhafter und am schlechtesten und sehr ungünstig für diejenigen mit schwerer Infection.

Von Interesse ist auch das Verhältniss der Infection zur Zeit des Psychosenbeginnes in seiner Beziehung zur Prognose. Von sieben in der ersten Woche p. p. psychisch Erkrankten litten 5 an schwerer Infection und alle 5 starben! die zwei anderen waren leicht inficirt und genasen. Von den anderen 5 mit schwerer Infection begann die Psychose

in der 2. Woche	bei 2 Fällen,	davon	ist 1 genesen,	1 gestorben
„ „ 4. „	„ 2 „	„	„ 1 ungeheilt,	1 „
„ „ 5. „	„ 1 Fall,	der	„		„

Von den 9 Kranken mit leichter Infection, bei denen die Psychose begann

in der 1. Woche	bei 2 Fällen	sind 2 genesen
„ „ 2. „	„ 4 „	„ 4 „

in der 3. Woche	bei 1 Fall,	ist	1 genesen
„ „ 6. „	„ 2 Fällen,	sind	2 „

Für die leicht Inficirten ist kein Einfluss der Zeitdauer nach der Geburt bis zum Psychosenausbruch wahrnehmbar; dagegen zeigt sich für die schwer Inficirten wie für alle Psychosen zusammen der Beginn in der ersten Woche des Puerperiums am ungünstigsten und in der zweiten Woche am günstigsten. In Uebereinstimmung damit finden wir, dass die Akmepsychosen und besonders diejenigen, bei denen die geistige Alteration und die Infection, respective das Fieber gleichzeitig beginnen, viel schlechtere Prognose haben als die Incubations- und postfebrilen Psychosen.

Von 3 mit gleichzeitigem Beginne	sind	3 gestorben,	
„ 3 „ wahrscheinl. „ „	„	2 „	1 genesen (nach langer Dauer)
„ 5 Akmepsychosen	„	2 „	1 ungeh., 2 gen.
„ 4 Incubationspsychosen	„	1 „	3 genesen
„ 4 postfebrilen Störungen	„		4 „

Die beste Genesungsaussicht haben demnach die postfebrilen Erkrankungen.

Mit Rücksicht auf die Höhe des Fiebers haben wir schon dargestellt, dass von den 10 Fällen mit schwerer Infection nur einer unter 39·5 Grad Maximaltemperatur aufwies (Fall 24 39·4, mit Darmtuberkulose und Beckenperitonitis), 7 Fälle aber über 40 Grade stiegen und dass von jenen schwer Inficirten 8 gestorben sind; die Genesene (2) erreichte das Maximum von 40·2 Grad, die Ungeheilte (27) 39·8 Grade. Unter den 9 leicht Inficirten zeigten nur zwei Frauen eine Temperatur über 39 Grad, nämlich Fall 12 mit Mastitis und Endometritis, 39·3 Grad, und Fall 23 eine Initialtemperatur von angeblich über 40 Grad noch vor Eintritt in die Anstalt, und doch sind beide genesen, da eben das somatische Leiden trotz hoher Temperatur nur ein leichteres blieb und heilte. Sehr hohes Fieber ist also nicht immer, doch meist ein prognostisch ungünstiges Zeichen auch für die Wochenbettspsychosen. Ebenso verhält es sich mit der Pulsincongruenz. Von den acht Fällen, in welchen dieselbe in hohem Grade bemerkt wurde, sind 7 gestorben und nur einer (2) nach sehr langer Dauer genesen. Von vier Kranken mit mässig starker Pulsincongruenz ist nur eine genesen und

drei sind ungeheilt vorzeitig herausgenommen worden. Wo dagegen die Herzaction im Verhältniss zur Körpertemperatur eine sehr langsame war, wie das in drei Fällen vorkam während längerer Zeit, war der Verlauf doch ein günstiger, indem zwei davon geheilt und einer gebessert entlassen wurden.

Die Dauer der Wochenbettspsychosen der Genesenen beträgt

nach	Boyd	9·1 Monate
„	Ripping	8 „
„	Schüle	9 „
„	v. Krafft-Ebing	6 bis 8 „
„	Clark	5·6 „
„	Hoppe	10·5 „
im Durchschnitt also		$\frac{48}{6} = 8$ Monate

Davon weicht Hoche am meisten ab mit seiner Angabe einer durchschnittlichen Dauer von $3^1/_4$ Monaten. Zieht man in Betracht, dass er (s. S. 43) unter seinen Kranken einen relativ sehr niederen Procentsatz von Genesenen und dagegen eine sehr hohe Zahl von Gebesserten hatte, so liegt es nahe, dass bei Mitrechnung dieser letzteren die Dauer bis zur Genesung durchschnittlich doch auch erheblich länger anhielt als nur $3^1/_4$ Monate.

Für unsere Fälle zählen wir die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme in die Anstalt mit; so erhalten wir bei den 11 Genesenen als durchschnittliche Dauer

	bei 4 Fällen acuter	Verwirrtheit	$4^1/_2$	Monate
	„ 3 „ manischer	„	$5^1/_6$	„
also	„ 7 „	„	4·9	„
	„ 1 Manie		3	„
	„ 1 Melancholie		$6^2/_3$	„
	„ 1 Dysthymie		2	„
	„ 1 circulären Störung		$25^1/_3$	„
	„ allen 11 Fällen		$6^1/_3$	„
	ohne die circuläre		4·2	„

Unter den Hauptfactoren, von welchen die Dauer der Störung abhängig ist, kann derjenige der Krankheitsform aus vorangehender Zusammenstellung leicht ersehen werden.

Von grossem Einfluss ist auch hier das **Alter** der Kranken; jüngere Wöchnerinnen genesen rascher als ältere.

	Monate
Für 4 Fälle v. Verwirrth. unter 25 Jahr. betrug durchsch. Dauer	4·5
„ 3 „ „ „ über 25 „ „ „ „	5·1
für alle Formen zusammen „ „ „	

bei 6 Kranken unter 30 Jahren 4·6 Monate

„ 5 „ über 30 „ 8·6 „

Entsprechend dem Alter verzögert auch die **Mehrzahl der Geburten** die Heilungsdauer.

5 Erstgebärende genasen im Durchschnitt nach 3·7 Monaten

2 Zweitgebärende „ „ „ „ 6·1 „

4 Multiparae (III bis XVI p.) „ „ „ 10·2 „

Unter den 7 Fällen von Verwirrtheit genasen

3 Erstgebärende durchschnittlich nach 4·1 Monaten

4 Multiparae „ „ 5·1 „

Auch **erbliche Belastung** und **erworbene Disposition** scheinen, was auch von Weil und Hoppe angenommen wird, die Genesung hinauszuschieben.

	Monate
Bei unseren 6 Kranken mit heredit. Belastung betrug die Dauer	8
im Durchschnitt, ohne die circuläre Störung (mit 25·6)	4·5
bei 5 ohne hereditäre Belastung	4·6
„ 9 prädisponirten	7·3
„ 2 nicht „	2·5
„ 5 mit angeborner und erworbener Prädisposition	9
„ 2 ohne angeborene und erworbene „	2

Einen sehr bemerkenswerthen Einfluss fand Hoppe in der **Dauer der Störung vor der Anstaltsaufnahme** auf die ganze Dauer; diese betrug

für 28 im 1. Vierteljahr Aufgenommene 8·3 Monate

„ 18 nach dem 1. „ „ 13·7 „

Da, wie oben bemerkt, von unseren 27 Kranken 25 schon im ersten Monate der geistigen Störung zur Aufnahme kamen, ist für dieselben keine bedeutende bezügliche Differenz in der Dauer zu erwarten; wir finden als durchschnittliche Dauer

bei 3 in der ersten Woche Aufgenommenen 3·5 Monate

„ 3 „ „ zweiten „ „ 4·4 „
(ohne die circuläre)

„ 2 „ „ dritten und vierten „ 4·5 Monate

„ 2 „ „ fünften und sechsten „ 6·3 „

Die Frauen der besseren Stände hatten mittlere Dauer von 5·4
„ „ „ gewöhnl. „ 3·9
(letztere Zahl ohne die circuläre (mit $25^2/_3$ Monaten Dauer), mit derselben 7·2 Monate).

Prüfen wir schliesslich auch die Beziehungen der Infectionsverhältnisse zur Dauer der Psychose bei den Genesenen.

Die einzige Geheilte mit schwerer Infection (Pyämie) brauchte 9 Monate bis zur Wiederherstellung; das ist mit Ausnahme der circulären Störung die längste Dauer von allen.

Vier Genesene mit Verwirrtheit und leichter Infection weisen eine durchschnittliche Dauer auf von 5·9 Monaten, nämlich

Nr. 12	mit Mastitis, Endometritis und Fieber	4 Monate
„ 11	„ „ und Fieber	6 „
„ 9	„ Exsudat	$6^2/_3$ „
„ 20	„ Metrophlebitis	7 „

Drei Genesene mit leichter Infection und verschiedenen anderen Formen geistiger Krankheit brauchten 4·1 Monate

davon Nr. 21, die Manie nach Schüttelfrösten	3 „
„ „ 13, „ Dysthymie mit Parametritis	2 „
„ „ 25, eine Melancholie mit Fieber	$7^1/_3$ „

Alle sieben Genesenen mit leichter Infection brauchten 5·1 „
im Durchschnitt, alle 11 Genesenen zusammen 6·3 „
zwei Genesene mit zweifelhafter Infection und beide mit Verwirrtheit brauchten im Durchschnitt $3^2/_3$ Monate

die eine, Nr. 9, mit Metritis	2 „
die andere, Nr. 15, mit etwas Fieber	$5^1/_3$ „
Die zwei Geheilten ohne Infection brauchten	$13^1/_2$ „
Nr. 14 Verwirrtheit (bei Autointoxication)	2 „
„ 26 circuläre Störung	$25^1/_3$ „

Nach unserem Materiale, das allerdings wenig Fälle umschliesst und hier keine weitgehenden Schlüsse erlaubt, hätten von den Kranken mit Verwirrtheit diejenigen ohne Infection die kürzeste Dauer (2 Monate), die mit zweifelhafter Infection die zweitkürzeste Dauer ($3^2/_3$ Monate); dann folgten diejenigen mit leichter Infection (5·9 Monate) und am längsten währte die Heilung bei den Verwirrten mit schwerer Infection (9 Monate).

Um den Einfluss der infectiösen Erkrankungen auf die Dauer der puerperalen Psychosen bei den verschiedenen Formen

endgiltig bestimmen zu können, braucht es noch sehr zahlreiche Beobachtungen und Zusammenstellungen.

Als Lactations-Psychosen werden diejenigen Geistesstörungen bezeichnet, welche nach Ablauf von 6 Wochen nach einer Geburt während der Säugungsperiode entstehen, wo neben den schwächenden Momenten der Geburt und des Wochenbettes das Stillen die Hauptursache für die geistige Erkrankung bildet. Es sind meistens milde Krankheitsprocesse mit der Form Melancholie, Ausdruck und Folge von Schwäche und Erschöpfung mit besserer Prognose, als die anderen Generationspsychosen sie aufweisen.

Wir fanden unter den Aufgenommenen der Anstalt nur drei hiehergehörige Fälle, deren Verlauf im Ganzen dem gewöhnlichen entspricht. Ein Fall (Nr. 2) mit der klinischen Form von Melancholia stuporosa musste stark verdächtig erscheinen auf Phthise; das legt uns die Frage nahe, ob nicht auch bei Lactationspsychosen eine puerperale oder eine andere Infectionskrankheit causal im Zusammenhang stehen könne mit der geistigen Alteration und ob nicht vielfach auch hier die Erschöpfung nur indirect, indem sie den Eintritt einer Infection, respective Intoxication begünstigt, diese aber direct die Psychose hervorrief. Wir möchten diese Frage umsomehr noch anderweitiger Prüfung empfehlen, als wir auch bei einer zweiten Frau mit Lactations-Psychose, welche 9 Wochen nach der Geburt entstanden war und als acute Verwirrtheit mit maniakalischen Elementen und nachfolgendem Stupor verlief, sich mehrmals Fieber einstellte, im Maximum bis 38·2 Grad. Da aber keine anderen Infectionszeichen erwähnt sind, lässt sich hier nicht bestimmt annehmen, dass eine infectiöse Erkrankung bestanden und zur Entstehung der Geistesstörung mitgewirkt habe. Der dritte Fall, seit 1876 in der Anstalt, erwies sich als unheilbar.

Einer vollständigen Zusammenstellung der bezüglichen Literatur können wir uns enthalten, da eine solche in erfreulicher Reichhaltigkeit von Hoppe am Schlusse seiner Arbeit (l. c.) angegeben ist.

Verzeichniss der benützten Literatur.

[1]) Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. 1877.

[2]) Hoche, Ueber puerperale Psychosen. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXIV, H. 2. S. 612.

[3]) Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. XXI, S. 371.

[4]) Hansen, Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection. Zeitschrift für Gynäkologie u. Geburtshilfe, Bd. XV, Heft 1.

[5]) Hallervorden, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. LIII, S. 661 bis 684.

[6]) Fürstner, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie, Bd. V, S. 505.

[7]) Campbell Clark, Aetiologie, Pathologie und Behandlung des puerperalen Irrescius. Journal of ment. sc. 1887. Referat: Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXXVI, Heft 3.

[8]) Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., 1889.

[9]) Scholz, Irrenheilkunde, 1892, S. 64.

[10]) Hoppe, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen. Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXV, S. 137.

[11]) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 5. Aufl., 1893.

[12]) Kräpelin, Ueber Psychosen nach Influenza. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXXVII, Heft 6.

[13]) Normann, Acute Verwirrtheit. The Dublin journ. of med. sc. Juni 1891. Referat: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XXXXVII, Heft 6.

[14]) Schönthal, Acute hallucinatorische Verwirrtheit. Referat: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XXXXVIII, Heft 6.

[15]) Kirn, Psychosen der Influenza. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXXVIII, Heft 1 und 2.

[16]) Kräpelin, Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie, Bd. XI und XII.

[17]) Kirn, Die nervösen und psychischen Störungen nach Influenza. Volkmann's klinische Vorträge, Nr. 23.

[18]) Korsakow, Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXXVI, Heft 2; ferner Archiv f. Psychiatrie, Bd. XXI.

[19]) Wagner, Körperliche Grundlagen der Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. X.

[20]) Meynert, Amentia, die Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. IX, Heft 1 und 2.

[21]) Wille, Die Lehre von der Verwirrtheit. Archiv für Psychiatrie, Bd. XIX.

[22]) Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, 1894.

[23]) Glöckner, Temperaturmessungen von Gebärenden. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. XXI.

[24]) Winter, Fieber in der Geburt. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. XXIII.

[25]) Ahlfeld, Stand der Puerperalfieberfrage. Referat: Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 42, 1895.

[26]) Heim, Lehrbuch d. bacteriologischen Untersuchung u. Diagnostik. 1894.

[27]) Bumm, Diphtherie und Puerperalfieber. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. XXXIII. Referat: Semaine médic. 5. Februar 1896.

K. u. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.